

**Ärztliche Behandlung und Behandlungsfehler
bei neurocraniellen Befundkomplexen**

**Vergleich der Befunde und Ergebnisse zwischen der
Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen
Landesärztekammer
und dem
Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München**

vorgelegt von
Ulrich Johannes Grupp

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand: Prof. Dr. med. Matthias Graw

**Ärztliche Behandlung und Behandlungsfehler
bei neurocraniellen Befundkomplexen**

**Vergleich der Befunde und Ergebnisse zwischen der
Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen
Landesärztekammer
und dem
Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Ulrich Johannes Grupp, B. Sc.

aus
Mainz

2018

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Oliver Peschel
Mitberichterstatter:	PD Dr. Klaus Adelhard Prof. Dr. Ursula Gresser Prof. Dr. Wolfgang Eisenmenger
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. med. Christian Schlesiger
Dekan:	Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel
Tag der mündlichen Prüfung:	26.07.2018

I Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Ziel der Arbeit	2
1.2. Motivation	3
2. Methodik	5
2.1. Datensichtung.....	5
2.2. Krankheitsbilder	7
2.3. Ausschlusskriterien	7
2.4. Erläuterungen zu den Sachverhaltszusammenfassungen	9
3. Juristische Grundlagen.....	12
3.1. Überblick über die Rechtsordnung in Deutschland.....	12
3.2. Medizin und Recht	14
3.3. Ausgewählte Normen und Grundsätze des Arzthaftungsrecht.....	14
3.3.1. Therapiefreiheit	14
3.3.2. Richtlinien, Leitlinien und Kompetenzen	15
3.3.3. Der ärztliche Heileingriff	16
3.3.4. Ansprüche wegen Behandlungsfehlern	19
4. Institutionen	27
4.1. Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer	27
4.1.1. Aufgaben und Zielsetzung.....	28
4.1.2. Verfahrensablauf	29
4.2 Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München.....	33
4.2.1. Aufgaben und Zielsetzung.....	33
4.2.2. Leichenschau	34
4.2.3. Obduktion und Gutachtenerstellung.....	36

5. Ergebnisse	39
5.1. Beweisaufnahme	39
5.2. Erläuterungen zu den Fallzahlen	41
5.3. Allgemeine Ergebnisse.....	43
5.3.1. Datensatz	43
5.3.2. Altersstruktur.....	47
5.3.3. Antragsteller	50
5.4. Fehlerstatistik	51
5.4.1. Vermutete Behandlungsfehler.....	55
5.4.2. Festgestellte Behandlungsfehler.....	58
5.5. Kausalitätsbeurteilungen	60
5.6. Krankheitsbilder	65
5.7. Fachgebiete.....	68
5.7.1. Vermutete Behandlungsfehler.....	68
5.7.2. Festgestellte Behandlungsfehler.....	69
5.8. Spezielle Fälle	71
5.8.1. Transitorische ischämische Attacke	71
5.8.2. Ischämischer Schlaganfall.....	72
5.8.3. Frühsommer-Meningoencephalitis.....	73
5.9. Weitere Fragestellungen.....	73
5.9.1. Gutachterstelle.....	73
5.9.2. Rechtsmedizin	77

6. Diskussion	81
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	81
6.3. Stärken und Schwächen	82
6.4 Diskussion der Methoden.....	83
6.5 Diskussion der Ergebnisse	85
6.5.1. Fehlerstatistik	85
6.5.2. Kausalitätsbeurteilungen	86
6.5.3. Krankheitsbilder	87
6.5.4. Fachgebiete.....	89
6.5.5. Spezielle Fälle	89
7. Zusammenfassung und Ausblick	92

II Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Fallzahlen der Gutachterstelle	41
Abb. 2: Fallzahlen des Instituts für Rechtsmedizin.....	42
Abb. 3: Zeitliche Verteilung der Gutachtensfälle der Gutachterstelle	43
Abb. 4: Zeitliche Verteilung der untersuchten Fälle der Gutachterstelle.....	44
Abb. 5: Zeitliche Verteilung der Gutachtensfälle des Instituts für Rechtsmedizin.....	44
Abb. 6: Zeitliche Verteilung der untersuchten Fälle des Instituts für Rechtsmedizin	45
Abb. 7: Altersstruktur des untersuchten Patientenkollektivs der Gutachterstelle	47
Abb. 8: Krankenhausfälle je 1000 Einwohner nach Altersgruppe und Geschlecht 2005	48
Abb. 9: Altersstruktur des Patientenkollektivs des Instituts für Rechtsmedizin	49
Abb. 10: Fehlerstatistik der Gutachterstelle	51
Abb. 11: Fehlerstatistik des Instituts für Rechtsmedizin.....	52
Abb. 12: Einteilung der Gutachtensfälle nach Krankheitsbildern in der Gutachterstelle	65
Abb. 13: Einteilung der Fehlerstatistik nach Krankheitsbildern in der Gutachterstelle.....	65
Abb. 14: Einteilung der Gutachtensfälle nach Krankheitsbildern in der Rechtsmedizin.....	66
Abb. 15: Einteilung der Fehlerstatistik nach Krankheitsbildern in der Rechtsmedizin	67
Abb. 16: Vermutete Behandlungsfehler in der Gutachterstelle nach Fachdisziplinen.....	68
Abb. 17: Vermutete Behandlungsfehler in der Rechtsmedizin nach Fachdisziplinen	69
Abb. 18: Festgestellte Behandlungsfehler in der Gutachterstelle nach Fachdisziplinen	70
Abb. 19: Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin.....	78

III Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Hilfsmittel der Beweisaufnahme.....	40
Tab. 2: 4-Felder-Tafel Behandlungsfehler	53
Tab. 3: Vermutete Behandlungsfehler in der Gutachterstelle	56
Tab. 4: Vermutete Behandlungsfehler im Institut für Rechtsmedizin	57
Tab. 5: Festgestellte Behandlungsfehler in der Gutachterstelle	58
Tab. 6: Abgelehnte Kausalitäten in der Gutachterstelle.....	61
Tab. 7: Unklare Kausalitäten in der Gutachterstelle	62
Tab. 8: Abgelehnte Kausalitäten in der Rechtsmedizin	63
Tab. 9: Prozentuale Fehlerquoten in der Gutachterstelle	66
Tab. 10: Prozentuale Fehlerquoten in der Rechtsmedizin.....	67
Tab. 11: 4-Felder-Tafel anwaltliche Vertretung	74
Tab. 12: 4-Felder-Tafel Versorgungsstufe	75
Tab. 13: Mehrfelder-Tafel Krankheitskategorien	76
Tab. 14: 4-Felder-Tafel Krankheitsverläufe mit Todesfolge	77
Tab. 15: Hilfsmittel der Beweisaufnahme bei anderen Fragestellungen.....	80

IV Anhangsverzeichnis

Anhang I:

Sachverhaltszusammenfassungen der Gutachterstelle bei der BLAEK..... **XV**

Anhang II:

Sachverhaltszusammenfassungen des Instituts für Rechtsmedizin der LMU**XVI**

Anhang III:

Eidesstattliche Versicherung **XVII**

1. Einleitung

– Errare humanum est –

Diese grundlegende Erkenntnis über den Menschen muss schon zu Zeiten der Römer ein geflügeltes Wort gewesen sein, sie findet sich in den Werken namhafter Autoren der Antike wie Cicero (Philippische Reden XII), Demosthenes (De corona) oder Sophokles (Antigone) wieder, sodass heute eine eindeutige Zuordnung zu einem Urheber nicht mehr möglich ist. Und obwohl dieses Sprichwort noch aus der Epoche der Griechen und Römer stammt, ist es bis heute noch jedem in der westlichen Welt ein Begriff und wird im täglichen Sprachgebrauch häufig verwendet. Die fortwährende Aktualität dieses Diktums zeigt sich auch in der Vielzahl an Abwandlungen, die es – auch in der deutschen Sprache – im Laufe der letzten Jahrhunderte erfahren hat:

„Es irrt der Mensch so lang er strebt“ (Goethe, Faust-Prolog)

„Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen“

„Wo gehobelt wird, da fallen Späne“

Die Liste ließe sich auch in anderen Sprachen beliebig fortführen. Der Grund ist so einfach wie selbsterklärend: Menschen machen Fehler.

Dass diese Erkenntnis nicht nur trivial, sondern in vielen Bereichen von enormer Bedeutung und Brisanz ist, lässt bereits die regelmäßige Zeitungslektüre erahnen. Dies reicht von Berichten über Konflikte und deren oft nur vermeintliche Bewältigung rund um den Globus, von Finanz-, Wirtschafts- und Schuldenkrisen über sozialpolitische Themen bis hin zu Katastrophenberichten. Ein Themengebiet sticht dabei regelmäßig aus der Masse plakativ hervor:

Fehler in der Medizin.

Es vergeht kaum ein Monat, in dem nicht eine der großen Tageszeitungen einen Artikel, einen Kommentar oder eine Kolumne über die neuesten Fälle von Fehlern in der Medizin veröffentlicht. Dies hat mehrere Ursachen.

Zum einen ist die Gesundheitswirtschaft einer der größten Wirtschaftszweige in Deutschland, mit mehr als 5 Millionen Beschäftigten arbeitet nahezu jeder Achte in der Gesundheitsbranche (Statistisches Bundesamt, 2014). Allein durch diese Größe müssen zwangsläufig auch zahlreiche Fehler in diesem Bereich auftreten. Die Gründe für die kontinuierliche Berichterstattung und das öffentliche Interesse an dieser Thematik gehen jedoch tiefer: Fehler in der Medizin betreffen das höchste Gut des Menschen, die Gesundheit.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient beziehungsweise auf Makroebene zwischen Gesellschaft und Ärzteschaft ist durch ein enges Vertrauensverhältnis geprägt, ohne das eine Gesundheitsversorgung nicht möglich ist. Dieses Vertrauensverhältnis sucht außerhalb persönlicher Beziehungen seinesgleichen. Der Verdacht eines Behandlungsfehlers stellt daher eine der größtmöglichen Beschädigungen dieses Verhältnisses dar, sowohl von Seiten des Patienten, der seine Gesundheit gefährdet bzw. bereits geschädigt sieht als auch von Seiten des Arztes, der sich vielfach ungerechtfertigten Vorwürfen ausgesetzt sieht. Dementsprechend emotional und kontrovers wird das Thema auch regelmäßig in der öffentlichen Diskussion angesprochen. Diese Arbeit soll unter anderem auch einen Beitrag zur notwendigen Versachlichung dieser Diskussionen erbringen.

1.1. Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist die Untersuchung und der Vergleich der Kausalitätsbeurteilung von Arztbehandlungsfehlern zwischen dem Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLAEK). Konkret bedeutet das, dass untersucht wird, ob die beiden genannten Institutionen die gleichen Kriterien bei der Begutachtung verwenden, d.h. bei gleichartigen Fällen also auch zum gleichen Ergebnis kommen. Sollte dies nicht der Fall sein, wird aufgezeigt wo und worin die Argumentationsketten divergieren. Des Weiteren wird ein Erklärungsversuch unternommen, warum dies der Fall sein könnte, d.h. welche unterschiedlichen Theorien bei der Begutachtung zum Tragen kommen und in welchem rechtlichen Kontext die Institutionen agieren. Zum besseren Verständnis werden deshalb die Arbeitsweisen und Verfahren beider

Institutionen eingangs kurz vorgestellt, ebenso werden grundlegende juristische Verfahren näher erläutert.

Darüber hinaus ermöglicht die Auswertung der Daten auch den Vergleich innerhalb einer dieser Institutionen, d.h. die Untersuchung, ob die Fälle im Verlauf von 10 Jahren (2001-2010) in sich konsistent begutachtet wurden. Auch lassen sich die Entwicklungen des medizinischen Fortschritts anhand der Leitlinien nachvollziehen, d.h. einzelne Änderungen bei den Behandlungsrichtlinien können aufgrund der vorher stattgehabten Fehler nachvollzogen werden. Dementsprechend ist diese Arbeit auch ein Versuch, als Anstoß zur Erstellung bzw. Überarbeitung bestehender Richtlinien – soweit erforderlich – dienen zu können, insbesondere für Bereiche, die bisher noch kontrovers diskutiert werden und in denen sich bislang noch kein Konsens abzeichnet. Selbstredend beansprucht der Autor nicht die notwendige Expertise für sich, diese Beurteilung besser als erfahrenere Kollegen vorzunehmen, sondern möchte durch die Heranziehung und Analyse der durch Fachexperten erstellten Gutachten über den genannten Zeitraum von 10 Jahren aufzeigen, wie sich eine herrschende Meinung zum jeweiligen Themenkomplex ableiten lässt. Diesbezüglich ist anzumerken, dass die Ergebnisse nicht nur durch eine statistische Auswertung erzielt und präsentiert werden, sondern vielmehr an den entscheidenden Punkten eine Diskussion unter Heranziehung der Argumentationspfade der Gutachter stattfinden soll.

1.2. Motivation

Die Motivation zur Erstellung dieser wissenschaftlichen Arbeit beruht auf der Überzeugung, dass ein wissenschaftliches Hochschulstudium nicht nur dem Erlangen von Wissen und Fertigkeiten dient, sondern vielmehr dazu, die Neugier des Studenten zu entfachen und diese Energie zu nutzen; frei nach Antoine de Saint-Exupéry:

„Quand tu veux construire un bateau, ne commence pas par rassembler du bois, couper des planches et distribuer du travail, mais reveille au sein des hommes le desir de la mer grande et large.“

In dieser Hinsicht ist der Ludwig-Maximilians-Universität und ihren Dozenten Erfolg beschieden, da im Laufe des Studiums eine Vielzahl an Veranstaltungen diese Begeisterung weckte und Möglichkeiten aufgezeigt wurden, diese Energie auf eine konkrete Thematik zu

fokussieren. Es gehört daher zum Selbstverständnis des Autors, das Studium durch eine wissenschaftliche Arbeit abzuschließen.

Das Interesse an der spezielleren Thematik der juristischen Aspekte speist sich aus mehreren Quellen. Zum einen erlangte der Autor durch das Studium bereits einen fundierten Einblick in die anstrengende und komplexe Arbeitswelt von Ärzten, in der Fehler durch ökonomische und organisatorische Umstände nicht – oder nur schwer – zu vermeiden sind. In der Vorklinik definierte ein Professor die Arbeit als Arzt folgendermaßen: „Unter Zeitdruck und fehlenden Informationen weitreichende Entscheidungen zu fällen.“ Oder mit den Worten eines anderen Professors:

„Die Frage ist nicht ob, sondern wann man einen Fehler begeht.“

Diese Aussagen wurden nicht im Sinne einer pessimistisch-resignierenden Sichtweise geäußert, ganz im Gegenteil: sie sollten die Studenten anleiten, sich bereits vor Berufsbeginn mit dieser jeden Mediziner tangierenden Thematik auseinanderzusetzen.

Darüber hinaus studierte der Autor parallel zur Humanmedizin Betriebswirtschaftslehre, in der im Grundstudium die Veranstaltung Privatrecht verpflichtend ist und eine erste Auseinandersetzung mit der rechtlichen Thematik und juristischen Denkweise erfolgte. Diese war durch ihre bestechende Logik und Abstraktion für den Autor faszinierend, so dass im Hauptstudium vertiefende Veranstaltungen im Privatrecht als Nebenfach gewählt wurden. Die Wahlveranstaltung Arztrecht, gehalten von PD Dr. Peschel, bot die erste Möglichkeit, auch die Medizin von der juristischen Seite kennenzulernen. Im Rahmen dieser Veranstaltung stellte sich die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer, vertreten durch Dr. Schlesiger und Prof. Günther, vor. Im Anschluss an die Veranstaltung kristallisierte sich im Gespräch die Möglichkeit einer Doktorarbeit heraus. Zum Einarbeiten und besseren Kennenlernen der Arbeitsweise wurde vom Autor noch während des Studiums eine dreivierteljährige Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Gutachterstelle aufgenommen.

2. Methodik

Im Folgenden soll ausführlich aufgezeigt werden, wie bei der Erstellung der Arbeit im Einzelnen vorgegangen wurde, da dies zum Verständnis der Arbeit sowie zu deren Nachvollziehbarkeit unabdingbar erscheint. Dies ist insbesondere deswegen notwendig, da die Datensichtung, -auswahl und –aufarbeitung einen Großteil der Doktorarbeit ausmacht und bei sehr inhomogenem Rohdatenmaterial auch eine intellektuelle Herausforderung darstellt, deren Bewältigung Teil der wissenschaftlichen Arbeit ist. Auch sollte dieser Prozess für den Leser nachvollziehbar sein, da selbstverständlich durch die Herangehensweise die Aussagekraft der Ergebnisse stark beeinflusst wird.

2.1. Datensichtung

Alle Gutachten der Gutachterstelle sind sowohl in physischer als auch in digitaler Form gespeichert. Im Archiv sind diese Gutachten alphabetisch nach Jahren abgelegt, wobei das Datum des endgültigen Votums der Gutachterkommission als Verfahrensschluss zu Grunde gelegt wird. Diese Kategorisierung und Jahrgangseinordnung wurde aus mehreren Gründen auch für die Doktorarbeit beibehalten, um eine Standardisierung zu ermöglichen:

Dieser grundlegende Bezugspunkt für die Fälle ist erforderlich, da sich einige Verfahren über den Zeitraum von bis zu 2 Jahren hinziehen können.

Das Datum des Antragsgegenstandes, also der Zeitpunkt des fraglichen Behandlungsfehlers, konnte nicht als Bezug gewählt werden, da ansonsten eine manuelle Sichtung aller Gutachten der letzten 17 Jahre hätte erfolgen müssen (Patienten haben bis zu 5 Jahre Zeit, nach einem möglichen Behandlungsfehler eine Untersuchung durch die Gutachterstelle anzuregen).

Eine derartige Zeitpunkt-Bezugsfestlegung war auch deshalb nicht möglich, weil die Daten von Gesetztes wegen für 10 Jahre aufbewahrt werden müssen, nach abgelaufener Frist jedoch auch zeitnah vernichtet werden. Darüber hinaus waren einige Gutachten der letzten Jahre noch nicht fertig gestellt. Es wäre zusätzlich auch nicht sichergestellt, dass in diesem Zeitraum keine neuen Fälle hinzukommen und zu einer Verzerrung führen.

Um die zu analysierenden Gutachten im Zentralarchiv der BLAEK zu identifizieren, wurden die Gutachten mit Hilfe der „ISYS“ Software gesichtet. Dies ist eine gängige Suchfunktion, bei der mithilfe von Operatoren Verknüpfungen und Einschränkungen im Suchvorgang durchgeführt werden können. Dies war notwendig, da die Voten, Gutachtensaufträge, statistische Auswertungen, Vorträge, etc. in einem „Datenpool“ digitalisiert gespeichert sind.

Mehrere Befehlszeilen und Suchvorgänge wurden durchgeführt, da die Software nur eine begrenzte Anzahl an Operatoren verknüpfen kann. Jede Befehlszeile wurde mit Karmasin begonnen, da Herr Karmasin, Vorsitzender Richter am Bayerischen Obersten Landesgerichts a.D. als juristisches Kommissionsmitglied in allen Voten aufgeführt ist, während die Zusammensetzung der Gutachterskommission in den letzten Jahren variierte. Der Operator „AND“ steht bei „ISYS“ für „und“, der Operator „OR“ für „und oder“.

Folgende Suchfunktionen wurden durchgeführt:

- Karmasin AND Schädelhirntrauma OR SHT OR Schädel-Hirntrauma
- Karmasin AND Schädel-Hirn-Trauma OR Commotio cerebri OR Contusio cerebri
- Karmasin AND Compressio cerebri OR Polytrauma OR Trauma OR CCT OR SAB
- Karmasin AND TIA OR Aneurysma OR SDH OR EDH OR Meningitis OR Apoplex

Eine Kontrolle hinsichtlich der Richtigkeit der Suchvorgänge erfolgte auf zwei Wegen. Zum einen wurden nicht nur Voten (d.h. abschließende Stellungnahmen der Gutachterstelle), sondern auch Gutachtensaufträge gefunden. Diese konnten separat mit den gefundenen Voten der folgenden Jahrgänge abgeglichen werden. Dabei ergaben sich keine Unvollständigkeiten der Daten. Zusätzlich wurde der Jahrgang 2004 als Stichprobe vollständig von Hand durchgeschaut, auch hierbei ergaben sich keine Unvollständigkeiten.

Im Institut für Rechtsmedizin der LMU wurden alle Gutachten in digitaler Form von Hand gesichtet, da eine entsprechende Suchfunktion bei den oben genannten Maßnahmen nicht zu befriedigenden Ergebnissen führte und die Ursache hierfür nicht identifiziert werden konnte. Die identifizierten Gutachten wurden schließlich mit den Betreuern diskutiert, wobei einige ausgeschlossen wurden.

2.2. Krankheitsbilder

Die Arbeit befasst sich mit der Untersuchung neurocranieller Befundkomplexe. Um die Aufarbeitung der Fälle und insbesondere den Vergleich zwischen den unterschiedlichen Institutionen zu ermöglichen und zu vereinfachen, wurden fünf Kategorien definiert, denen die einzelnen Krankheitsbilder zugeordnet wurden:

- Traumatische Verletzungsbilder
- Hämorrhagische Krankheitsbilder
- Ischämische Krankheitsbilder
- Infektiöse Krankheitsbilder
- Neoplastische Erkrankungen

Diese Kategorisierung war notwendig, um den Vergleich seltener Erkrankungen wie z.B. unterschiedliche Entitäten von Hirntumoren miteinander vergleichen zu können, bei denen die medizinische und juristische Bewertung hinsichtlich eines Behandlungsfehlers sehr ähnlich gelagert sind. Wenn ein Fall in mehrere Kategorien eingeordnet werden konnte, wurde auf die führende medizinische Diagnose abgestellt, d.h. wenn beispielsweise die elektive Operation eines Hirntumors zu einer Meningitis mit schweren körperlichen Folgeschäden führte, so wurde dieser Fall den entzündlichen Erkrankungen zugeordnet. War eine solche Zuordnung nicht eindeutig möglich, so wurde der Fall beiden Kategorien zugeordnet. Dies war z.B. häufig bei Schädel-Hirn-Traumata (SHT) mit einhergehenden intracraniellen Blutungen der Fall. Diese beiden Kategorien wurden jedoch nicht generell zusammengelegt, da eine große Zahl an spontanen Aneurysmarupturen ohne SHT bzw. SHT ohne intracranielle Blutungen untersucht wurden.

2.3. Ausschlusskriterien

Es wurde eine Vielzahl an Ausschlusskriterien definiert, um ein weitestgehend homogenes - und zwischen den Institutionen vergleichbares - Fallkollektiv zu erhalten. Generell wurde auf den Sinn des Verfahrens, das heißt den jeweiligen Gutachtensauftrag abgestellt.

So wurde beispielsweise eine große Zahl an Polytraumata aus der Gutachterstelle bei der BLAEK nicht aufgenommen, bei denen zwar ein Schädel-Hirn-Trauma vorlag, jedoch kein Antrag auf Begutachtung derselben gestellt worden war. Beispielsweise wurde von vielen

Antragstellern nach Verkehrsunfällen die operative Versorgung von Extremitätenverletzungen beanstandet, während schwere Schädelverletzungen oder Läsionen der inneren Organe nicht Gegenstand des Verfahrens waren.

Selbstverständlich wurden auch den medizinischen Kausalitäten Rechnung getragen, d.h. der Hirntod bzw. ein Hirnödem als Endpunkt eines jeden Todesfalles ist keine Todesursache per se, weshalb diese Fälle nicht automatisch in das untersuchte Kollektiv aufgenommen wurden.

Es wurden fast keine entzündlichen Hirnerkrankungen erfasst, da die meisten Fälle im Rahmen einer systemischen Sepsis und nicht speziell in einem neurocraniellen Kontext auftraten. Es wurden daher lediglich Fälle mit sehr spezieller Fragestellung aufgenommen, z.B. das nicht rechtzeitige Erkennen einer Meningitis.

Es wurden keine neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Krampfanfall) berücksichtigt, da hierzu keine Fälle aus der Rechtsmedizin zum Vergleich vorlagen.

Es wurden weiterhin keine Verletzungen der Halswirbelsäule aufgenommen. Zum einen lag lediglich in der Rechtsmedizin eine große Zahl an Strangulationen vor, zum anderen eine große Zahl an solitären Untersuchungen von Kehlkopfpräparaten von Strangulationstodesfällen.

Es wurden auch keine Schütteltraumata von Kleinkindern berücksichtigt, da die Fragestellung des Gutachtensauftrages (GAA) in der überwiegenden Zahl nicht passend war, d.h. die Untersuchung konzentrierte sich darauf, ob die intracraniellen Blutungen durch einen angegebenen Sturz oder ein Schütteltrauma zu erklären sind. Darüber hinaus konnte in den Verfahrensfällen der BLAEK kein Äquivalent zu diesen Fällen gefunden werden.

Fälle, bei denen lediglich eine Tatrekonstruktion erfolgte (mit Fragestellungen wie: welcher Schlag zuerst, wie viele Schläge, Messerstich vor Schlag, etc.) wurden nicht berücksichtigt, ebenso Untersuchungen von Gewaltdelikten (z.B. Mord, Schütteltraumata), bei denen es um die Fragestellung „vorsätzlich versus fahrlässig“ ging. Alle GAAs mit der Fragestellung, ob die vorliegenden Verletzungshergänge (z.B. Tritt gegen Kopf) potenziell lebensgefährlich sind, wurden ebenso mangels Korrelat ausgeschlossen.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen sowie aufgrund ihres erheblichen Umfangs sind die originalen Gutachten lediglich in den Datenbanken der Institutionen gespeichert. Die in dieser Arbeit untersuchten Fälle wurden anhand einer Tabelle ausgewertet und zusammengefasst. Diese Sachverhaltszusammenfassungen sind in **Anhang I** und **Anhang II** aufgeführt. Sie sollen es dem Leser ermöglichen, die vorgestellten Ergebnisse nachvollziehen zu können als auch bei den entscheidenden kritischen Punkten und Argumentationspfaden eine ausführlichere Grundlage zur Verfügung zu haben.

2.4. Erläuterungen zu den Sachverhaltszusammenfassungen

Die Tabellen mit den Sachverhaltszusammenfassungen in **Anhang I** und **Anhang II** sind derart zu lesen, dass jeweils eine Doppelseite zusammengehört, d.h. der Gutachtensfall in der ersten Zeile auf Seite „x“ setzt sich auf der gegenüberliegenden Seite „x + 1“ ebenfalls in der ersten Zeile fort. Der Fall in der zweiten Zeile auf Seite „x“ setzt sich entsprechend ebenfalls auf der gegenüberliegenden Seite „x + 1“ in der zweiten Zeile fort. Dies gilt für alle weiteren Gutachtensfälle und Doppelseiten in **Anhang I** und **Anhang II**.

Statistische Daten

In der ersten Spalte wurde jedem Gutachten eine pseudonymisierte Kennung zugewiesen, auf die in einzelnen Fällen Bezug genommen wird. Dabei steht das Kürzel „Gu“ für die Gutachterstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer beziehungsweise „Re“ für das Institut für Rechtsmedizin. Die erste Zahl kennzeichnet das Jahr, in dem das Gutachten erstellt wurde, die zweite Zahl entspricht einer einfachen fortlaufenden Nummerierung. In den folgenden Spalten wurden das Alter des Patienten zum Zeitpunkt der beanstandeten Behandlung sowie das Geschlecht festgehalten. Die nächste Spalte kennzeichnet den Antragsteller; im Falle der Gutachterstelle wurde zusätzlich erhoben, ob eine anwaltliche Vertretung vorlag; in den Daten der Rechtsmedizin wurde die antragstellende Staatsanwaltschaft vermerkt.

Fachgebiet

Das Fachgebiet bezieht sich auf die medizinische Fachdisziplin, der dieser Fall durch die Kommission der Gutachterstelle zugeordnet wurde. Hier sei vorab an das Prinzip der „Waffengleichheit“ verwiesen, welches in **Kapitel 4.1.2 Verfahrensablauf** näher erläutert wird. Aufgrund dieses Prinzips entspricht das aufgeführte Fachgebiet nicht zwangsläufig der

für diese Erkrankungsbild zuständigen medizinischen Disziplin, in jedem Falle aber der Fachrichtung des Antragsgegners. Im Falle der Gutachterstelle war diese Zuordnung zu einem Fachgebiet bereits durch die Kommissionsmitglieder erfolgt, die Fälle der Rechtsmedizin wurden entsprechend derselben Kriterien selbständig zugeordnet. Bei Vorliegen mehrerer Antragsgegner können auch mehrere Fachgebiete aufgeführt sein.

Behandlungsdaten

Als Behandlungsdaten wurde der Zeitraum, in den der geltend gemachte Fehler fiel, die Art der Behandlung – stationär oder ambulant – sowie die führende medizinische Diagnose aufgenommen. Darunter ist die im Vordergrund stehende Diagnose, analog zur Hauptdiagnose der Diagnosis Related Groups (DRG) aufgezeichnet, aufgrund derer sich der Patient in Behandlung begab beziehungsweise befand. In einigen Fällen weicht diese Diagnose von der für den Schadensfall verantwortlichen Diagnose ab, wie z.B. in Gu-06-04: Aufgrund einer chronischen Sinusitis – führende medizinische Diagnose – unterzog sich der Patient einer elektiven HNO-Operation und machte eine im weiteren Verlauf aufgetretene Hirnstammischämie als Gesundheitsschaden geltend.

Fallbeschreibung

Hier wurden die wichtigsten Eckpunkte, der zeitliche Ablauf der Behandlung sowie die Antragsgegner zusammengefasst. Dabei wurde – aufgrund des limitierten Raumes – ein verknappter Gutachterstil verwendet. Diese Zusammenfassung versucht in ihrer Kürze einen kurzen Überblick zu geben, immer mit dem Ziel, die Kernproblematik herauszuarbeiten.

Gesundheitsschaden

Hier wird der durch den Antragsteller geltend gemachte Gesundheitsschaden aufgeführt. Dies kann – wie in **Kapitel 3.3.2 Gesundheitsschaden** näher ausgeführt wird – sowohl eine direkte gesundheitliche Beeinträchtigung als auch eine verschlechterte Prognose, eine verlängerte Leidenszeit als auch notwendig gewordene Folgeoperationen beinhalten. Zusätzlich wird in dieser Kategorie die Art des vermuteten Behandlungsfehlers – beispielsweise eine zu späte Verlegung auf die Intensivstation – aufgeführt.

Gutachtensauftrag

In den Fällen der Gutachterstelle werden hier die wichtigsten Fragen des zuständigen Kommissionsmitglieds an den externen Gutachter aufgeführt. Neben einem gewissen

„vordefinierten Set“ an Standardfragen, die in dieser oder sehr ähnlichen Form immer gestellt werden, wurden insbesondere die für jeden Fall spezifischen Fragen angeführt. In den Fällen der Rechtsmedizin wurden sowohl die Fragen der Staatsanwaltschaft als auch die im Zuge des Gutachtens von der Rechtsmedizin zum Zwecke der Klarheit und Präzision selbst aufgeworfenen Fragen an die Fallproblematik angeführt.

Hauptkriterien der Beurteilung

Hier werden spiegelbildlich zum Gutachtensauftrag die Fragen beantwortet. Dabei ist dieser Teil das Kernelement des Gutachtenprozesses, da hier der Gutachter darlegt, aufgrund welcher Kriterien die Fragen zu bejahen oder zu verneinen sind. Dabei wurde von Seiten der Gutachter häufig auf operative Standardverfahren als auch den aktuellen wissenschaftlichen Konsens bezüglich der einzelnen Behandlungsmethoden Bezug genommen. Soweit in diesem kleinen Rahmen möglich, wurde versucht, die Quintessenz dieser Argumentationspfade nachzubilden, mit deren Hilfe die Kausalitätskette hinsichtlich des Behandlungsfehlers aufgebaut oder verworfen wurde.

Ergebnis

Hier ist das abschliessende Ergebnis des Gutachtens aufgeführt und in den erforderlichen Fällen aufgeschlüsselt auf die einzelnen Antragsgegner. Wenn der Gutachter eine zusätzliche Begründung für notwendig erachtete, so ist diese ebenfalls aufgeführt.

3. Juristische Grundlagen

Die Bearbeitung in vorliegender Dissertation zu Behandlungsfehlern muss den geltenden rechtlichen Rahmen berücksichtigen und in die Untersuchungen als Grundlage mit einfließen lassen. Teilweise sind juristische Aspekte – obwohl häufig und seit längerem praxisrelevant – in ihrer genauen Definition umstritten oder weiter auslegungsbedürftig. Für die Zwecke der weiteren Bearbeitung sollen deshalb die für die Untersuchung zentralen und relevantesten juristischen Tatbestände, Grundsätze und Rechtsfiguren dargestellt und begrifflich gefestigt werden.

Nach einer Einführung in das gültige Recht in Deutschland im Allgemeinen erfolgt ein Überblick über den Bereich Medizin und Recht und über ausgewählte Normen und Grundsätze des Arzthaftungsrechts. Insbesondere werden die Therapiefreiheit, der ärztliche Heileingriff sowie Behandlungsfehler und darauf aufbauende Anspruchsgrundlagen diskutiert.

Ein Schwerpunkt der Darstellung ist die Unterscheidung der straf- und zivilrechtlichen Kausalitätserwägungen, die Grundlage für die zum Teil abweichenden Erwägungen des Instituts für Rechtsmedizin der LMU und der Gutachterstelle der BLAEK bilden.

3.1. Überblick über die Rechtsordnung in Deutschland

Um die gestalterischen Funktionen des Rechts zu erläutern, zitiert die Bundeszentrale für politische Bildung auf ihrer Internetseite den Historiker und Politologen Horst Pötzsch:

„Das Recht sichert Frieden und gewährleistet Freiheit. Es verbietet Vergeltung und Faustrecht und dient so der Vorbeugung von Konflikten. Die Rechtsordnung sorgt dafür, dass Streitigkeiten friedlich in einem geregelten Verfahren ausgetragen werden.“¹

Die eben erwähnte, in Deutschland gültige Rechtsordnung basiert auf dem römischen Recht und lässt sich wie dieses in Privatrecht (*ius privatum*) und öffentliches Recht (*ius publicum*) unterteilen. Um die Rechtsbeziehungen - d.h. die Rechte, die Pflichten und die Freiheiten - zwischen den Menschen zu definieren und festzuhalten, werden die hierfür gültigen Anspruchsgrundlagen im Privatrecht kodifiziert, deren wichtigste Form der - auf Basis von

¹ Pötzsch, 2009, Internetauftritt der Bundeszentrale für politische Bildung.

Gestaltungsfreiheit geschlossene - Vertrag ist. Das Privatrecht stellt dementsprechend das „materielle“ Recht dar, durch welches die Privatautonomie des Einzelnen gesichert ist. Die Zivilprozessordnung (ZPO) als Verfahrensrecht regelt und sichert die Durchsetzung des Privatrechts im Streitfall.²

Im Gegensatz dazu regelt das öffentliche Recht die Rechtsbeziehungen zwischen dem Einzelnen und dem Staat. Im Strafrecht als Teil des öffentlichen Rechts gibt der Staat die Regeln für das menschliche Zusammenleben vor, deren Verletzung er sanktioniert. Dabei kann die strafrechtliche Verfolgung durch staatliche Stellen (z.B. Staatsanwaltschaft) von Amts wegen (bei Officialdelikten) oder bei Antragsdelikten auf Antrag des Geschädigten erfolgen.³ Spiegelbildlich zur ZPO gibt die Strafprozessordnung (StPO) den Ordnungsrahmen vor, der bei der Durchführung von Strafverfahren zur Anwendung kommt.⁴

Für die Bearbeitung hier ist insbesondere die Unterscheidung strafrechtlicher und zivilrechtlicher Grundlagen wichtig. Die deutsche Rechtsordnung kennt das nebeneinander mehrere rechtlicher Regeln aus unterschiedlichen Bereichen, die sich bezogen auf die verletzten Rechtsgüter oder Konsequenzen unterscheiden. Vor allem im Arzthaftungsrecht kommen parallel strafrechtliche und zivilrechtliche Regelungen zur Anwendung, wobei die strafrechtlichen Regelungen den Strafanspruch des Staates durchsetzen während die zivilrechtlichen Regelungen im horizontalen Verhältnis die Restitution der betroffenen Personen betrifft. Zwischen beiden Bereichen gibt es dann Überschneidungen, wenn zum Beispiel für die Erfüllung eines Straftatbestandes ein zivilrechtliches Merkmal (z.B. eine fehlende Befugnis, ein unwirksamer Vertrag usw.) Voraussetzung ist oder umgekehrt, wenn für einen zivilrechtlichen Anspruch, z.B. nach § 823 Abs. 2 BGB die Verletzung einer strafrechtlichen Schutznorm gefordert wird. Beide Seiten, die strafrechtliche und die zivilrechtliche Seite muss im Rahmen der juristischen Grundlagen dargestellt werden, siehe **Kapitel 3.3.3. Ansprüche wegen Behandlungsfehlern.**

² Vgl. Köhler, 2009, S. IX-XI.

³ Vgl. Gropp, 2005, S.12-21.

⁴ Vgl. Spickhoff, 2011, Rn 1-5.

3.2. Medizin und Recht

Das primäre Ziel des Arztberufes ist die Heilung von Krankheiten bzw. das Lindern von Beschwerden. Diese Handlungsmaxime und ihre ethische Verankerung existieren seit den Anfängen der Medizin und wurden erstmalig im Eid des Hippokrates von Kos (um 460 – 370 v. Chr.) dokumentiert. Dieses Dokument stellt auch gleichzeitig die erste Standesordnung dar, in der die Ausübung des Heilberufes geregelt wird. Daran lässt sich bereits erkennen, dass der Arzt mit jeder seiner Handlungen in einer – mal mehr, mal weniger explizit formulierten – Rechtsordnung bzw. einem Rechtsraum agiert. Dies ist umso bedeutender, als jeder medizinische Eingriff nach herrschender Meinung den Tatbestand einer Körperverletzung nach § 223 StGB erfüllt und eines Rechtfertigungsgrundes bedarf.⁵

Das Medizinrecht ist kein eigenständiges Rechtsgebiet, sondern umfasst alle Normen und Vorschriften, welche die Gesundheitswirtschaft im weiteren Sinne (inklusive z.B. Pharmarecht, Medizinprodukterecht) verbindlich regeln. Die Rechtsbeziehung im Arzt-Patienten-Verhältnis wird speziell im Arzthaftungsrecht statuiert. Dafür bedient sich die Rechtsprechung vieler Vorschriften aus anderen Rechtsgebieten, beispielsweise dem Privatrecht und dem Strafrecht, die bei der Betrachtung des Einzelfalles herangezogen werden.⁶ Ein zusammenfassender Einblick in die gesamte Rechtsmaterie des Arzthaftungsrechts ist im Rahmen dieser Arbeit selbstverständlich nicht möglich, vielmehr werden im Folgenden nur die wichtigsten Normen, die für das weitere Verständnis unabdingbar erscheinen, kurz vorgestellt.

3.3. Ausgewählte Normen und Grundsätze des Arzthaftungsrecht

3.3.1. Therapiefreiheit

Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben die Standardisierung und Transparenz der ärztlichen Behandlung stetig zugenommen. Diese Entwicklung wurde maßgeblich durch die Etablierung der Evidence based medicine (EBM) vorangetrieben, deren Therapieempfehlungen auf empirischer Nachweisbarkeit basieren.⁷ Zusätzlich hatten auch Standardisierungsverfahren in anderen Bereichen, wie beispielsweise in der Abrechnung medizinischer Leistungen durch Diagnosis related groups (DRG), einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf diese

⁵ Vgl. Joecks, 2012, Rn 43-54.

⁶ Vgl. Laufs / Katzenmeier / Lipp, 2009, Rn 32-49.

⁷ Vgl. Guyatt et al, 1992, S.2420-2422.

Entwicklung.⁸ Ausdruck dieser Entwicklung ist unter anderem die Etablierung eines festen Therapiestandards, dessen Vorgaben im Rahmen von Leitlinien, Richtlinien sowie Empfehlungen durch eine Vielzahl von Arbeitsgemeinschaften, Ärztekammern und Nichtregierungsorganisationen publiziert werden. Diese Standards haben fraglos als Orientierungsgrundlage zu einer besseren und transparenteren Patientenversorgung geführt. Im Hinblick auf ihre große Bedeutung bei der Beurteilung von Behandlungsfehlern sollen ihre rechtlichen Verbindlichkeiten kurz vorgestellt werden.

3.3.2. Richtlinien, Leitlinien und Kompetenzen

Die Bundesärztekammer umschreibt die Bedeutung und Maßgabe von Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen auf ihrer Internetseite folgendermaßen:⁹

Richtlinien

„Richtlinien sind meist von Institutionen veröffentlichte Regeln des Handelns und Unterlassens, die dem einzelnen Arzt einen geringen Ermessensspielraum einräumen. Ihre Nichtbeachtung kann Sanktionen nach sich ziehen. Eine ähnliche Verbindlichkeit wie Richtlinien haben Standards, die als normative Vorgaben bezüglich der Erfüllung von Qualitätsanforderungen verstanden werden und durch ihre in der Regel exakte Beschreibung einen mehr technisch-imperativen Charakter haben.“

Leitlinien

„Demgegenüber sind Leitlinien systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über angemessene Vorgehensweisen bei speziellen diagnostischen und therapeutischen Problemstellungen. Sie lassen dem Arzt einen Entscheidungsspielraum und "Handlungskorridore", von denen in begründeten Einzelfällen auch abgewichen werden kann.“

Empfehlungen und Stellungnahmen

„[...] wollen die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit auf änderungsbedürftige und beachtenswerte Sachverhalte lenken. Ein Memorandum dient mit seinem Inhalt der umfassenden Information und Aufklärung. Seine Inhalte sollen für die

⁸ Vgl. Rau / Roeder / Hensen, 2009, S. 258-260.

⁹ Internetauftritt der Bundesärztekammer, 1998.

Urteilsbildung des Arztes über den aktuellen Stand des Wissens ggf. auch über veraltetes Wissen von Nutzen sein.“

Um diese Beschreibungen zu veranschaulichen, lässt sich beispielhaft die „Richtlinie zur Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlung (Strahlenschutzverordnung- StrlSchV)“ des Bundesamts für Strahlenschutz anführen.¹⁰ Das Bundesamt erfüllt zweifelsohne die Voraussetzung einer Institution im Sinne der oben genannten Definition, die Richtlinie gibt präzise Anweisungen hinsichtlich des Handelns oder Unterlassens und Verstöße können gem. § 116 StrlSchV als Ordnungswidrigkeit geahndet werden. Die erwähnten Leitlinien sind im Gegensatz dazu lediglich Entscheidungshilfen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann.¹¹ Nichtsdestotrotz leisten sie durch ihre Handlungsempfehlungen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung.¹²

3.3.3. Der ärztliche Heileingriff

Ein zentrales Konzept und Schwerpunkt für die Untersuchung im Zusammenhang mit dieser Dissertation ist der ärztliche Heileingriff, eine Rechtsfigur die den besonderen Interessenlagen der beteiligten Rechtsgüter Rechnung tragen will.^{13,14}

Für die folgende Beschreibung muss berücksichtigt werden, dass Folgen ärztlicher Fehlbehandlung sowohl im strafrechtlichen wie im zivilrechtlichen Bereich relevant sind. Es gibt jeweils eine zivil- und strafrechtliche Seite des haftungsbegründenden Tatbestandes mit jeweils unterschiedlicher Berücksichtigung von Tatbestandsvoraussetzungen, Kausalität, Zurechnung und Verschulden sowie unterschiedliche Rechtsfolgen.

Zunächst wird der ärztliche Heileingriff im Sinne der strafrechtlichen Verantwortung dargestellt, dann wird im Rahmen der Ansprüche aus ärztlichen Behandlungsfehlern insbesondere auf zivilrechtliche Ansprüche eingegangen.

¹⁰ Bundesamt für Strahlenschutz, 2011, S. 867.

¹¹ Die Unterscheidung dieses Sachverhalts erscheint dem Autor nach seiner Tätigkeit in der Gutachterstelle von größter Bedeutung, da viele Gutachtensanträge – auch von Fachanwälten für Medizinrecht – anhand dieser Leitlinien bezüglich eines Behandlungsfehlers argumentieren.

¹² Vgl. Dippel et al, 2008, S. 15-18.

¹³ Vgl. Lackner / Kühl, 2014, Rn. 8 ff.

¹⁴ Vgl. Krey / Hellmann / Heinrich, 2015, Rn. 208 ff.

Tatbestand der Körperverletzung

Ein Eingriff in die körperliche Integrität einer Person erfüllt generell den Tatbestand einer Körperverletzung gem. § 223 StGB und ist folglich strafbar, vergleiche **Kapitel 3.1 Medizin und Recht**. Dies gilt auch für ärztliche Eingriffe, die dem Fremdwohl, d.h. z.B. der Knochenmarkspende, dienen. Die Einordnung und juristische Behandlung dieses ärztlichen Heileingriffs, der zum Wohl des Patienten vorgenommen wird, ist aber strittig.

Eine Möglichkeit wäre, bereits die Tatbestandsmäßigkeit der Handlung zu verneinen, mit dem Argument, das Einverständnis des Patienten wirke tatbestandsausschließend.¹⁵ In der juristischen Literatur wird auch die Auffassung vertreten, dass der ärztliche Heileingriff generell tatbestandlich keine Körperverletzung darstellen kann, sofern er medizinisch indiziert und *lege artis* durchgeführt wird.¹⁶ Es fehlt eine Körperinteressenverletzung.¹⁷ Mit anderen Worten: Der Arzt begeht nach dieser Ansicht bereits gar keine Körperverletzung, da er zwar kurzzeitig eine Beeinträchtigung vornimmt, dann aber den körperlichen Zustand im Vergleich zum ursprünglichen Zustand verbessert. Eine andere Ansicht differenziert in einer objektivierten Betrachtung hinsichtlich des Erfolgs der Behandlung und fragt, ob der Eingriff gelungen oder missglückt ist.¹⁸ Danach scheidet die Tatbestandsmäßigkeit aus, wenn das körperliche Wohlbefinden im Ganzen erhöht oder jedenfalls nicht verschlechtert ist.

Die rechtspolitischen Begründungen für diese Ansichten variieren, ihnen ist allen weitgehend gemein, dass sie nicht an der Unterteilung in einzelne Maßnahmen festhalten wollen, sondern auf den Gesamtakt als Maßnahme zur Wiederherstellung des körperlichen Wohls des Patienten abstellen.¹⁹ Zu Gunsten dieser Ansichten in der Literatur spricht, dass Annahme einer tatbestandsmäßigen Handlung für den Arzt in bestimmten Konstellationen der §§ 226, 227 StGB zu unangemessenen Ergebnissen führen kann.

Dies wird nach der wohl herrschenden Meinung abgelehnt: Nach ständiger Rechtsprechung erfüllt jede ärztliche, die Integrität des Körpers berührende Maßnahme, also auch Handlungen zum Wohle des Patienten, zunächst den objektiven Tatbestand einer Körperverletzung.²⁰ Diese Ansicht kann für sich beanspruchen, dass sie auf Wertungselemente und – von der Rechtsnorm nicht vorgesehene – Gesamtschauen verzichten kann und dogmatisch

¹⁵ Vgl. Bollacher F/ Stockburger J, 2006, S. 908-914.

¹⁶ Vgl. Müller-Dietz H, 1989, S. 280-286.

¹⁷ Vgl. Engisch K, 1939, S. 1-52.

¹⁸ Vgl. Bockelmann P, 1968, S. 67 ff.

¹⁹ Vgl. Wessels J/ Hettinger M, 2015, Rz 326.

²⁰ Vgl. Fischer T, 2014, Rn. 17.

konsequenter zu einem (letztendlich in der Regel gleichen) Ergebnis kommt. Sie wertet den Eingriff zu seinem erfolgten Zeitpunkt als das, was er nach der derzeitigen Gesetzeslage darstellt: Eine tatbestandliche Körperverletzung. Außerdem führt die Ansicht der Literatur im Zusammenhang mit den sogenannten eigenmächtigen Heilbehandlungen zu unzureichendem Schutz über §§ 239, 240 StGB. Denn ein Patient kann sich durch diese objektivierte Betrachtungsweise vor eigenmächtigen (wenn auch kunstgerecht vorgenommenen) Heileingriffen nicht schützen. Dies läuft dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten zuwider.

Rechtswidrigkeit

Die herrschende Meinung postuliert für Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit durch Ärzte eine tatbestandliche Körperverletzung, die jedoch durch eine besondere Rechtfertigung straflos gestellt werden kann. Aus der Vielzahl an Rechtfertigungsgründen, die eine Rechtsgutverletzung legitimieren, ist hier der ärztliche Eingriff als Standard etabliert worden mit folgenden Voraussetzungen: ²¹

- Der Eingriff ist medizinisch indiziert.
- Der Patient hat in den Eingriff eingewilligt, nachdem er regelrecht über den Ablauf, die Risiken und Alternativen des Eingriffs durch den behandelnden Arzt aufgeklärt wurde (§ 630 a-h BGB, „informed consent“).
- Der Eingriff erfolgt lege artis, d.h. nach den Regeln der ärztlichen Kunst.²²

Diese Figur hat gegenüber der tatbestandlichen Lösung über das Einverständnis die rechtspolitische Konsequenz und das Ziel, den Arzt zu einer umfassenden Aufklärung des Patienten zu verpflichten. Nur der umfänglich aufgeklärte Patient kann überhaupt wirksam in den Eingriff einwilligen und den Arzt rechtfertigen.²³ Dieser patientenzentristische Ansatz hat sich als praxistauglich und politisch sinnvoll erwiesen, benötigt aber Fallgruppen als Korrektiv um Sondersituationen mit zu berücksichtigen. So zum Beispiel in Notfallsituationen, in denen eine umfassende Aufklärung (z.B. bei Bewusstlosigkeit) nicht mehr erfolgen kann, wird die Einwilligung des Patienten über das Konzept der mutmaßlichen Einwilligung gelöst: Der Wille des Patienten wird als gegeben fingiert – jedoch unterliegt das

²¹ Vgl. Joecks W, 2012, Rn 42-54, 73-102.

²² Vgl. Laufs A, 2010, Rn 2.

²³ Vgl. Fischer T, 2014, Rn. 25.

ärztliche Handeln dann besonderes strengen Anforderungen an die Ausführung lege artis und medizinische Indikation.²⁴

Die Aufklärung des Patienten unterliegt besonderen Voraussetzungen: Die Aufklärung muss mit dem Ziel erfolgen, dem Patienten eine eigenverantwortliche Entscheidung über den Eingriff und seinen Umfang zu ermöglichen. Entsprechend muss über die Art, Bedeutung und Tragweite des Eingriffes aufgeklärt werden, jedenfalls in Grundzügen. Die Vornahme des Eingriffs als solchen, die Art der Behandlung und Folgen inklusive möglicher Risiken muss erläutert werden. Je weniger dringend eine Heilmaßnahme ist, desto weitgehender muss der Aufklärungspflicht genügt werden.²⁵

Nur in Ausnahmefällen, etwa bei erkennbarem und unmissverständlichem Verzicht darf auf die Aufklärung verzichtet werden.

3.3.4. Ansprüche wegen Behandlungsfehlern

Zwar können Ansprüche aus Behandlungsfehlern in der Theorie auch deliktisch, also ohne vertragliche Grundlage entstehen. In den meisten Fällen und auch in den hier gegenständlichen Sachverhalten liegt aber eine vertragliche Beziehung zwischen Arzt und Patient vor. Aus diesem Rechtsverhältnis muss der Arzt eine Pflicht verletzen, die er zu verschulden hat und die für den Eintritt eines Schadens ursächlich sein muss.

Mögliche Anspruchsgrundlagen

Es kommen mehrere Anspruchsgrundlagen in Betracht:

1. Zivilrechtlich kann der Patient aufgrund der Vertragsverletzung gem. § 280 Abs. 1 Satz 1 BGB einen Anspruch auf Schadensersatz geltend machen:

„Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen.“

²⁴ Vgl. Hoyer A, 2000, S.474.

²⁵ Bundesgerichtshof, 1978.

2. Deliktsrechtlich (also nicht-vertraglich) könnte der Tatbestand des § 823 Abs. 1 BGB erfüllt sein:

„Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.“

Nach dieser Norm kann der Patient ebenfalls Schadensersatz aus deliktischer Haftung geltend machen. In beiden genannten Anspruchsgrundlagen lässt sich der Schadensersatz gem. § 249 Satz 1 und Satz 2 BGB in Form eines sogenannten „Schmerzensgeldes“ bemessen und dem Geschädigten auszahlen.

3. Deliktsrechtlich kann auch ein zweiter Anspruch nach § 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 223 StGB erfüllt sein.

Erwähnenswert ist noch, dass ein deliktischer Anspruch nach § 823 Abs. 2 BGB die zivilrechtliche und strafrechtliche Seite verschränkt. Die Verletzung eines Schutzgesetzes nach § 823 Abs. 2 BGB ist die Erfüllung des strafrechtlichen Tatbestandes. In diesem – subsidiären – Fall kommen also sowohl strafrechtliche wie zivilrechtliche Prüfungsvoraussetzungen zum Tragen, da die strafrechtlichen inzident vorliegen müssen.

Folgende Tatbestandsmerkmale müssen erfüllt sein, damit ein Anspruch aufgrund eines Behandlungsfehlers erfüllt ist:

- Es muss (jedenfalls für den vertraglichen Anspruch Nr. 1) ein Behandlungsvertrag vorliegen.
- Es muss ein Behandlungsfehler begangen worden sein (entweder aus dem Vertrag oder generell eine Rechtsgutsverletzung),
- Durch den der Patient einen Gesundheitsschaden erlitten hat,
- und der Gesundheitsschaden muss auf den Fehler kausal zurückzuführen sein,
- Der Erfolg in seiner konkreten Form muss dem Arzt zugerechnet werden können.

Behandlungsvertrag

Entsprechend den Vorbemerkungen in Bezug auf das Arzthaftungsrecht stellt sich auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient komplex dar und unterliegt gelegentlichem Wandel. So war die Arzt-Patienten-Beziehung bisher nach § 611 Abs. 1 BGB als Dienstleistungsvertrag charakterisiert, bei dem der Arzt dem Patienten im Gegensatz zum Werkvertrag keinen Erfolg, sondern eine Dienstleistung schuldet. Er ist lediglich zur Erbringung einer fachgerechten, dem wissenschaftlichen Standard entsprechenden Behandlung verpflichtet.²⁶ Anfang 2013 wurde durch das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ ein expliziter Behandlungsvertrag als Sonderform des Dienstleistungsvertrags (§ 630 a-h BGB) eingeführt.²⁷ Mit dieser Gesetzesnovelle blieb zwar der grundsätzliche Charakter des Dienstleistungsvertrages erhalten – wie sich allein schon an der Umbenennung des Titels 8 in Buch 2 von „Dienstvertrag“ in „Dienstvertrag und andere Verträge“ zeigt – jedoch wurden insbesondere die Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten des Arztes explizit festgehalten, um den in den letzten Jahren stattgehabten Änderungen und Entwicklungen hin zu einem „informed consent“ des Patienten Rechnung zu tragen.²⁸

Arzt und Patient treten also grundsätzlich in ein beidseitiges vertragliches Schuldverhältnis. Darüber hinaus ist auch eine deliktische Haftung des Arztes gemäß §§ 823 ff. BGB im Rahmen eines sogenannten gesetzlichen Schuldverhältnisses denkbar. Gemäß dem Kumulationsprinzip haftet der Arzt dann aus beiden Schuldverhältnissen nebeneinander.²⁹

Behandlungsfehler und zurechenbarer Gesundheitsschadens

Verletzt der Arzt das im Behandlungsvertrag festgelegte Schuldverhältnis, so bedeutet dies noch keinen Behandlungsfehler im engeren Sinne. Als Behandlungsfehler gilt eine ärztliche Maßnahme, die nach dem Standard der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung die gebotene Sorgfalt vermissen lässt und darum unsachgemäß erscheint.³⁰

²⁶ Vgl. Grethler A, 2006, S. 79-82.

²⁷ Bundesgesetzblatt, Teil I, Nr. 9, 2013.

²⁸ Auf die sich aus dem neuen Behandlungsvertrag ergebenden Änderungen wird im Ergebnisteil und der Diskussion an geeigneter Stelle genauer eingegangen. Eine allgemeine Vertiefung wird hier nicht vorgenommen, da zum Zeitpunkt der untersuchten Fälle diese Gesetzesnovelle noch nicht rechtsgültig war.

²⁹ Vgl. Wagner G, 2013, Rn 725.

³⁰ Vgl. Laufs A/Uhlenbruck W, 2002, Rn. 5.

Eine Gesundheitsschädigung besteht im Hervorrufen oder Steigern eines (vorübergehenden) pathologischen Zustandes. Eine körperliche Misshandlung ist hierfür nicht notwendig.“³¹

Aufgrund der in der Regel fahrlässigen Begehungsweise kommt insbesondere der Zurechenbarkeit des Gesundheitsschadens zu dem Behandlungsfehler zentrale Bedeutung zu. Die Anforderungen an die Sorgfaltspflichten sind dabei nicht allgemein, sondern im Einzelfall zu bestimmen. Es gilt ein individueller Sorgfaltsmaßstab, also die Frage, was von einem bestimmten Arzt in einer bestimmten Situation erwartet werden kann. Konkretisierungs- und Auslegungshilfe bieten auch hier – wie oben erwähnt – die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst bei der Bestimmung der Anforderungen an sorgfaltsgemäßes Verhalten. Eine ausführliche Darstellung muss hier unterbleiben, insbesondere da sie umfangreiche Würdigungen der allgemeinen Fahrlässigkeitsstrafbarkeit voraussetzt. Aber es muss festgestellt werden, dass der Arzt auch hier – wie bereits oben erwähnt – grundsätzlich der Therapiefreiheit unterliegt, auf der anderen Seite muss der Arzt die Vor- und Nachteile der in Betracht gezogenen Behandlung sorgfältig abwägen.³² Es kommt darauf an, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen möglich und verfügbar waren. Nicht jeder Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst begründet eine Sorgfaltspflichtverletzung und eine Zurechenbarkeit des Erfolges – in Einzelfällen können Kunstfehler zu entschuldigen sein.

Vorliegen und Beweisbarkeit eines Gesundheitsschadens

Das Vorliegen eines Gesundheitsschadens ist in den meisten Fällen nicht weiter schwer zu beweisen, in selteneren Fällen stellt er jedoch die Gutachter vor erhebliche Probleme, insbesondere wenn es einer Quantifizierung des Schadens bedarf.

Daraus wird ersichtlich, dass auch vorübergehende Beeinträchtigungen einen Gesundheitsschaden qualifizieren können. Die Abgrenzung einer solchen - fraglich verlängerten Beeinträchtigung - vom individuellen Genesungsprozess kann im Einzelfall schwer vorzunehmen sein. Gleiches gilt für die Prognoseverschlechterung aufgrund einer schuldhaft verzögerten Diagnose und Therapieeinleitung, die nach gängiger Entscheidungspraxis ebenfalls einem Gesundheitsschaden entspricht.³³

³¹ Rechtswörterbuch, 2014.

³² Frahm W/Walter A/Nixdorf, 2013, Rn. 64, 66.

³³ Vgl. Laum H-D, 2008, S. 17-19.

Kausalitätsprinzip

Der Gesundheitsschaden muss kausal auf den Fehler zurückzuführen sein, um einen Behandlungsfehler im weiteren Sinne mit daraus resultierenden – einklagbaren – Schadensersatzansprüchen zu begründen.

Liegt ein Gesundheitsschaden nach einer ärztlichen Behandlung vor, so ist in einem zweiten Schritt die Frage nach dem Vorliegen eines ärztlichen Fehlers zu beurteilen. Dies ist in der Regel bereits schwerer festzustellen, da Ärzten aufgrund der Therapiefreiheit ein weiter Ermessensspielraum bei der Behandlung zugewillt wird. Insbesondere die Bewertung, ob rechtzeitig und adäquat auf bestehende Symptome reagiert wurde, ist oftmals schwer vorzunehmen, da aufgrund individueller Krankheitsverläufe eine Standardisierung nicht möglich ist. Die größte Hürde bei der Beweisführung eines ärztlichen Behandlungsfehlers ist jedoch die der Kausalität, d.h. die Feststellung der Ursächlichkeit zwischen ärztlichem Fehler und eingetretenem Schaden.

Hier liegt der entscheidende Unterschied zwischen dem Institut für Rechtsmedizin der LMU und der Gutachterstelle der BLAEK: Die Rechtsmedizin erstellt Gutachten für Strafprozesse und legt daher die strafrechtlichen Anforderungen an die Kausalitätsbeurteilung zu Grunde. Die Gutachterstelle hingegen erstellt Gutachten, die den Parteien eine außergerichtliche Einigung ermöglichen sollen und legt die Maßstäbe des Zivilrechts an die Kausalitätsbeurteilung an.

Im Strafrecht gilt der Grundsatz „in dubio pro reo – im Zweifel für den Angeklagten“. Dieser Grundsatz konkretisiert sich in der Kausalitätsbeurteilung: eine Handlung ist für ein späteres Ereignis nur dann als kausal anzusehen, wenn dieses Ereignis ohne die Handlung nicht hätte eintreten können – der Vorgang ist für den Eintritt des Ereignisses zwingend notwendig, die sogenannte „conditio sine qua non“³⁴. Dieser hohe Anspruch an die Kausalität wird als Äquivalenztheorie bezeichnet, da jede einzelne Handlung gleichwertig für das Eintreten einer Folge ist³⁵. In den rechtsmedizinischen Gutachten schlägt sich diese Rechtstheorie in der Formulierung „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ nieder, mit der in der abschließenden Stellungnahme ein Behandlungsfehler konstatiert bzw. negiert wird.

³⁴ Vgl. Fuchs M, Pauker W, 2008, S. 357 – 360.

³⁵ Vgl. Madea B, 2007, S. 603 – 605.

Diese gewissermaßen mathematisch-naturwissenschaftliche Herangehensweise bezieht alle für den späteren Erfolg mit verantwortlichen Ursächlichkeiten in die Sachverhaltsprüfung mit ein. Entgegen dem ersten Anschein wird dadurch die Feststellung eines Behandlungsfehlers jedoch nicht erleichtert, sondern deutlich erschwert. Eine Kausalitätsbeurteilung im Strafrecht muss berücksichtigen, dass der eingetretene Gesundheitsschaden eben auch durch eine Vielzahl anderer – möglicherweise unwahrscheinlicherer – aber strafrechtlich äquivalent gewichteter Gründe hätte verursacht werden können. Dadurch eignet sich die Äquivalenztheorie nur bedingt für eine Anwendbarkeit im Zivilrecht, in dem eben nicht „in dubio pro reo“ gilt.³⁶

Im Zivilrecht wird daher bei der Kausalitätsbeurteilung die Adäquanztheorie angewendet. Diese basiert zwar auf der Äquivalenztheorie, d.h. anfangs werden auch alle möglichen Ursachen berücksichtigt, in einem zweiten Schritt erweitert sie diese jedoch, indem die Anzahl der Ursachen hinsichtlich ihrer Relevanz eingegrenzt werden.³⁷ Dieses Faktum äußert sich in den Voten der Gutachterstelle, in denen lediglich eine „hinreichende Wahrscheinlichkeit“ für die Ursächlichkeit zwischen ärztlichem Fehler und Gesundheitsschaden gefordert wird.

Die soeben skizzierten Herangehensweisen in der Kausalitätsbeurteilung und deren Unterschiede haben selbstverständlich keinen Absolutheitsanspruch. Auch im Strafrecht wird im Verlauf eines Prozesses eine Angleichung an die Adäquanztheorie vorgenommen. Dennoch ist es für das Verständnis hilfreich, sich die ursprünglichen Ausgangspunkte vor Augen zu führen. Im Folgenden werden einige relevante Maßnahmen dieser Angleichungen an die Adäquanztheorie bzw. deren Konkretisierung vorgestellt:^{38,39}

Kumulative Kausalität

Dieser Fall liegt vor, wenn zwei Ursachen gemeinsam einen Erfolg herbeiführen, wobei jede Ursache für sich allein genommen nicht ausreichend gewesen wäre. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn ein Patient in Folge einer Fehlmedikation als auch aufgrund einer insuffizienten Beatmung verstirbt, wobei jeder Fehler für sich alleine den Tod nicht herbeigeführt hätte.

³⁶ Vgl. Fikentscher W, Heinemann A, 2006, S. 310 – 315.

³⁷ Vgl. Jakobs G, S. 195 – 198.

³⁸ Vgl. Gropp W, 2005, S. 148 – 155.

³⁹ Vgl. Krey V, 2008, S. 99 – 103.

Alternative Kausalität

Im Gegensatz zur kumulativen Kausalität liegen ebenfalls mehrere Ursachen vor, jedoch ist jede einzelne für sich ursächlich für den später eingetretenen Erfolg. In diesem Falle wären beide Fehler, die insuffiziente Beatmung sowie die Fehlmedikation erfolgsursächlich und damit kausal.

Überholende Kausalität

Die überholende Kausalität charakterisiert einen Abbruch der Kausalkette, indem eine zweite Ursache den Erfolg schneller herbeiführt. Dies wäre der Fall, wenn bei einem Patienten eine maligne Erkrankung fälschlicherweise nicht diagnostiziert wird, der Patient aber unmittelbar danach an einem Herzinfarkt ver stirbt. Hier kann die Fehldiagnose gemäß der conditio-Formel „weggedacht“ werden, ohne dass das Ereignis verändert wird.

Beweislast

Der Beweislast kommt vor Gericht eine entscheidende Bedeutung zu, da am Ende eines jeden Gerichtsverfahrens ein richterlicher Urteilsspruch zu stehen hat, dagegen eine nicht ausreichende Tatsachenlage - das sogenannte „non liquet“ - nicht zu einem ausbleibenden Urteil führen darf.⁴⁰ Im Zivilrecht wird - wenn ein richterlich angeregter Vergleichsschluss nicht in Betracht kommt - gemäß der Beweislast entschieden. Im Zivilprozess bedeutet dies, dass derjenige, der den Beweis trotz Beweislast schuldig bleibt, seine Ansprüche nicht durchsetzen kann. Im Strafrecht gilt die Unschuldsvermutung „in dubio pro reo“ und führt zu einem Freispruch des Angeklagten.⁴¹

Aus den vorangegangenen Ausführungen zur Kausalität wird deutlich, dass der Frage, wer die Kausalität zwischen ärztlichem Fehler und Gesundheitsschaden zu beweisen hat, eminente Bedeutung zukommt.

Generell gilt sowohl im Zivilrecht als auch im Strafrecht der Grundsatz, dass der Kläger die Beweislast trägt, d.h. die vorgetragenen Tatsachen beweisen muss.⁴² Dieser Beweis ist jedoch - insbesondere für einen medizinischen Laien - sehr schwer zu führen, weswegen der Gesetzgeber dem Kläger mit Beweislasteasierungen, bis hin zur Beweislastumkehr

⁴⁰ Vgl. Riem, 2006, S. 114-121

⁴¹ Vgl. Prütting H, 2013, Rn 93-96, 103, 109-113.

⁴² Vgl. Prütting H, 2013, Rn 111.

entgegenkommt.⁴³ Dies ist der Fall bei Dokumentationsmängeln des Arztes bzw. bei Vorliegen eines „groben Behandlungsfehlers“, d.h. bei „medizinischem Fehlverhalten [...], welches aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.“^{44,45} Dies gilt auch, wenn der Kläger nur den Anscheinsbeweis (prima facie) führt, d.h. lediglich aller Erfahrung nach ein schuldhaftes Verhalten des Beklagten vorlag ohne sicheren Nachweis.⁴⁶

⁴³ Vgl. Karmasin, 2006, S.412-413.

⁴⁴ Vgl. Quaas M/ Zuck R, 2008, Rn 111-117.

⁴⁵ Quaas M/ Zuck R, 2008, Rn 112.

⁴⁶ Vgl. Saenger I, 2013, Rn 38-40.

4. Institutionen

In Deutschland sind etwa 370.000⁴⁷ Ärztinnen und Ärzte als Leistungserbringer zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung tätig. Durch die Ausübung eines anerkannten „freien Berufs“ (§ 18 EStG) werden sie durch eine Vielzahl an Standesvertretungen repräsentiert. Im Folgenden werden die zwei für diese Arbeit wichtigsten Institutionen kurz vorgestellt.

Die Bundesärztekammer als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung vertritt und repräsentiert die berufspolitischen Interessen der in Deutschland tätigen Ärzte. Diese Funktion nimmt sie jedoch nicht direkt, sondern mittelbar als Dachorganisation für die 16 einzelnen Landesärztekammern wahr, bei denen jeder ärztlich tätige Mediziner per Gesetz Mitglied ist.⁴⁸ Diese mittelbare Vertretung zeigt sich bereits in der Bezeichnung als „Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammer“ sowie in der Rechtsform als eingetragener Verein, wohingegen die einzelnen Landesärztekammern Körperschaften des öffentlichen Rechts sind.

4.1. Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer⁴⁹

Im Freistaat Bayern übernimmt die Bayerische Landesärztekammer die Vertretung aller in Bayern tätigen Ärzte. In der jüngeren Geschichte machte die BLAEK mit Pilotprojekten und Pionierarbeiten immer wieder von sich reden, darunter auch 1975 mit der deutschlandweit ersten Gründung einer „Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtstreitigkeiten“. Mit der Verabschiedung der neuen Verfahrensordnung um die Jahrtausendwende firmiert sie nunmehr als „Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer“.⁵⁰ Dabei ist die Gutachterstelle eine unabhängige Institution, wie der Titel „**bei** der Bayerischen Landesärztekammer“ verdeutlicht.

Das Entscheidungsgremium der Gutachterstelle der BLAEK ist die Gutachterkommission, deren Mitglieder ehrenamtlich tätig sind. Diese setzt sich aus neun Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen mit langjähriger Berufserfahrung sowie zwei ehemaligen

⁴⁷ Stand 2015, Internetauftritt der Bundesärztekammer

⁴⁸ Geschichte der Bundesärztekammer, Internetauftritt

⁴⁹ Viele der Informationen und Erkenntnisse über die Tätigkeit und Prozesse in der Gutachterstelle wurden im Rahmen einer studentischen Mitarbeit in der Gutachterstelle gewonnen. An dieser Stelle gebührt den Mitarbeitern unter Leitung von Dr. Schlesiger sowie Prof. Günther ein großer Dank für ihre Unterstützung dieser Doktorarbeit.

⁵⁰ Vgl. Ottmann K, 2011, Vortrag beim Landesgesundheitsrat Bayern

Vorsitzenden Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht zusammen. Der Vorsitz der Gutachterkommission wird von einem medizinischen und einem juristischen Kommissionsmitglied geleitet. Die Arbeit der Kommission wird durch Sachbearbeiter, wissenschaftliche Mitarbeiter und Studenten ergänzt und unterstützt.

4.1.1. Aufgaben und Zielsetzung

Die Gutachterstelle hat das Ziel ihrer Tätigkeit und ihren Anspruch an sich selbst bereits in der institutseigenen Verfahrensordnung schriftlich festgehalten:

„Aufgabe dieser Gutachterstelle ist es, durch objektive Prüfung oder Begutachtung ärztlichen Handelns Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und Ärzten die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern“⁵¹

Ausgangspunkt eines Prüfungsverfahrens der Gutachterstelle ist der Verdacht oder bereits der Vorwurf eines Behandlungsfehlers. Steht dieser Verdacht erst einmal im Raum, so ist das Vertrauensverhältnis in der Arzt-Patienten Beziehung nachhaltig gestört. Um in dieser – für beide Parteien⁵² – belastenden Situation eine objektive Begutachtung der Vorfälle vorzunehmen zu können und den Bruch in der Vertrauensbeziehung bestmöglich zu beheben, legt die Gutachterstelle die folgenden fünf Kernprinzipien für ihre Tätigkeit zu Grunde:

- Transparenz
- Neutralität
- Expertise
- Deeskalation
- Kostenminimierung

Die Neutralität als oberstes Prinzip gehört zum Selbstverständnis der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen und bildet den Grundstein für die Legitimierung ihrer Tätigkeit. Diese wird durch ihren Status als unabhängige Institution gesichert, d.h. ihre Mitglieder sind anderen Institutionen gegenüber nicht weisungsgebunden. Das Prinzip der Deeskalation äußert sich darin, dass eine objektive, außergerichtliche Einigung der beiden Parteien

⁵¹ Koch H, 2000, Bekanntmachung der Neufassung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der BLÄK

⁵² Vgl. Schlesiger C, 2013, S. 28-10.

angestrebt wird. Auch die Kostenminimierung nimmt einen zentralen Aspekt in der Tätigkeit ein. Die Haftpflichtversicherungen übernehmen die anfallenden Kosten, sodass die Gutachterstelle den Parteien eine kostenlose Prüfung der Sachverhalte anbieten kann. Die erforderliche Expertise wird sowohl durch die Zusammensetzung der Gutachterkommission mit erfahrenen Medizинern und Juristen als auch durch die Beauftragung anerkannter Experten für die Erstellung der externen Gutachten in den jeweiligen Fachdisziplinen gewährleistet. Letztendlich wird die Transparenz in den einzelnen Prüfungsverfahren gesichert, indem das gesamte Verfahren schriftlich durchgeführt wird und allen Beteiligten jederzeit im Verfahrensverlauf auf Anfrage Einblick in die Aktenlage und rechtliches Gehör gewährt wird. Zudem legt die Gutachterstelle einmal pro Jahr mit ihrem Geschäftsbericht Rechenschaft über ihre Tätigkeit ab, hinzukommen Veröffentlichungen in medizinischen Fachjournalen.

4.1.2. Verfahrensablauf

Eine schematische Darstellung des üblichen Verfahrensablaufs eines Gutachterverfahrens ist auch auf der Internetseite der Gutachterstelle zu finden. Im Folgenden wird auf die einzelnen Verfahrensbestandteile etwas ausführlicher eingegangen.

Voraussetzungen

Voraussetzung für eine Verfahrensaufnahme ist selbstverständlich das Einverständnis aller Verfahrensbeteiligten. Eine weitere Bedingung ist, dass bisher kein zivil- oder strafrechtliches Verfahren eingeleitet wurde. Die Tätigkeit der Gutachterstelle wäre – aufgrund der fehlenden Rechtsverbindlichkeit des Gutachtens – durch die Aufnahme eines solchen Verfahrens obsolet.⁵³ Darüber hinaus darf die Gutachterstelle die Aufnahme des Verfahrens ablehnen, wenn der Vorfall zum Zeitpunkt der Antragstellung länger als 5 Jahre zurückliegt oder wenn der zu erwartende Schadensersatz die Verfahrenskosten deutlich unterschreitet.

Verfahrensbeginn

Das Verfahren beginnt regelmäßig mit einem vermuteten ärztlichen Behandlungsfehler von Seiten des Patienten und einem formlosen Antrag zur Durchführung eines Gutachterverfahrens bei der Gutachterstelle. Dieser Antrag wird an den durch den Antragsteller genannten Antragsgegner – den Arzt oder Krankenhausträger – weitergeleitet.

⁵³ Vgl. Karmasin E, 2006, S. 412-413.

Stimmt dieser der Sachverhaltsprüfung durch die Schlichtungsstelle zu und erklären sich auch die jeweiligen Versicherungsträger mit dem Verfahren einverstanden, so kann ein Prüfungsverfahren eingeleitet werden.

Gutachtensauftrag

In einem ersten Schritt wird ein kurzer Sachverhalt formuliert, in dem die relevanten Eckpunkte dargelegt werden. Dazu gehört das Antragsbegehren als zentraler und für das folgende Prüfungsverfahren richtungsweisender Prüfungsauftrag, d.h. hier definiert der Patient durch die Antragstellung den Gegenstand der Prüfung. Des Weiteren beinhaltet der kurze Sachverhalt eine Aufstellung des Behandlungsverlaufs und der stattgehabten Therapien sowie den Gesundheitsschaden und vermuteten Behandlungsfehler. Dieser Sachverhalt wird den medizinischen Kommissionsmitgliedern übermittelt. Aufbauend auf diesen Sachverhalt wird nun durch das Kommissionsmitglied, dessen medizinische Expertise in diesem Fachgebiet liegt, ein eigener Gutachtensauftrag aus medizinischer Sicht verfasst. Diese Dokumente werden sowohl dem Antragsteller als auch dem Antragsgegner zugestellt. Sind diese mit der Darstellung einverstanden, wird der Gutachtensauftrag zusammen mit den gesamten Behandlungsunterlagen an einen externen Gutachter vergeben. Ziel dieser zusätzlichen externen Verfahrensprüfung ist die Gewährleistung einer größtmöglichen Objektivität. Die Auswahlkriterien für die externen Gutachter orientieren sich an den Verfahrensgrundsätzen, die im nächsten Abschnitt näher erläutert werden. Aufgrund der Vielzahl an medizinischen Fachrichtungen kann jedoch nicht in jedem Fall eine fachidentische Zuordnung nicht gewährleistet werden. Insgesamt kann die Gutachterstelle jedoch sowohl aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit als auch durch ihre Anbindung an die Bayerische Landesärztekammer auf ein großes Reservoir an erfahrenen Gutachtern zurückgreifen.

Selbstverständlich unterliegen die ernannten Gutachter denselben Vorschriften wie die Prüfungskommission selbst und müssen einen Interessenkonflikt mit dem Verfahren – beispielweise durch gemeinsame Forschungstätigkeit mit dem Antragsgegner – schriftlich ausschließen. Die Gutachter haben für ihre Arbeit regelmäßig neun Monate Zeit, wobei in begründeten Fällen eine Fristverlängerung möglich ist.

Verfahrensgrundsatz

Die Vergabe der Begutachtung an einen externen Gutachter folgt dabei dem zentralen Grundsatz des Facharztstandards:

- Der Gutachter und der Antragsgegner haben die gleiche Facharztqualifikation (Pflicht)
- Gutachter und Antragsgegner haben durch ihre Tätigkeit die gleiche praktische und theoretische Qualifikation (fakultativ)
- Gutachter und Antragsgegner kennen den Eingriff aus eigener Praxis (fakultativ)

Diese essentielle Voraussetzung bedeutet konkret, dass bei der Prüfung auf den Erwartungshorizont an die fachliche und praktische Qualifikation des Antragsgegners abgestellt wird. Beim Vorwurf eines nicht rechtzeitig diagnostizierten Schlaganfalls durch einen niedergelassenen Allgemeinmediziner sollte der Gutachter beispielsweise weder ein Neurologe noch ein Ordinarius für Allgemeinmedizin an einer Universitätsklinik sein. Vielmehr ist festzustellen, ob bei der Behandlung eine signifikante Abweichung von dem gemeinhin erwartbaren Standard der Behandlung vorlag. Nur so ist adäquat festzustellen – sofern kein grober Behandlungsfehler vorliegt – inwieweit die Behandlung dem medizinischen Standard entsprach. Aus diesen Gründen sollte der Gutachter neben der gleichen Facharztdisziplin auch einer vergleichbaren Tätigkeit nachgehen und einen vergleichbaren fachlichen Hintergrund aufweisen, um eine objektive Beurteilung vornehmen zu können.

Nicht selten wird von Seiten des externen Gutachters ein zusätzliches Fachgutachten angeregt; dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Behandlungsverlauf mehrere medizinische Fachdisziplinen betraf, der Behandlungsfehler dem Krankenhausträger als Verantwortlichem für die angestellten Ärzte zur Last gelegt wird oder wenn es an Schnittstellen in einem Krankenhaus zu vermuteten Behandlungsfehlern kam.

Stellungnahme

Das Gutachterverfahren wird mit der Stellungnahme abgeschlossen. Hierin gibt die Gutachterkommission ihr gutachterliches Votum über den vermuteten Behandlungsfehler ab. Dabei werden das Antragsbegehren, der Behandlungsverlauf sowie die externen Gutachten noch einmal zusammengefasst und die Gutachterkommission geht ausführlich auf die für ihre Entscheidung kritischen Punkte ein.

Diesen ausführlichen – und ausdrücklich für Patienten verständlich formulierten – Erläuterungen kommt in der Stellungnahme eine besondere Bedeutung zu. Eingangs wurde erläutert, dass eine der vorrangigen Aufgaben des Gutachterverfahrens die Wiederherstellung von verlorenem Vertrauen ist. Die Tatsache, dass das Ergebnis dabei über die einfache Feststellung oder Verneinung eines Behandlungsfehlers hinausreichen kann, macht diese Stellungnahme unverzichtbar. So kann beispielsweise das Vorliegen eines Behandlungsfehlers verneint werden, obwohl Fehler im Behandlungsverlauf vorlagen (siehe **Kapitel 3. Juristische Grundlagen**). In anderen Fällen kommt es vor, dass die Kommission den externen Gutachtern in ihrer Argumentation nicht folgt und zu einem anderen Votum kommt. In seltenen Fällen ist es der Gutachterkommission darüber hinaus nicht möglich, eine abschließende Bewertung vorzunehmen. Da das Gutachterverfahren keine Gerichtsverhandlung ist, können gegensätzliche Aussagen der Verfahrensparteien mangels Zeugenvernahme nicht abschliessend geklärt werden.

Generell gilt jedoch, dass das Votum keinen rechtsbindenden Charakter hat und von den einzelnen Verfahrensparteien nicht respektiert werden muss. Trotz dieser gravierenden Einschränkung kommt dem Votum eine entscheidende Bedeutung zu, da die Voten sowohl den Antragsgegnern als auch den Antragstellern eine fundierte Einschätzung des Sachverhalts ermöglichen und den Ausgang eines möglichen Zivilverfahrens veranschaulichen können.

4.2 Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München

Das Institut für Rechtsmedizin in München wurde 1909 auf Wunsch des ersten Lehrstuhlinhabers Prof. Richter gegründet, wobei jedoch Vorlesungen zur Gerichtlichen Medizin bereits seit 1872 in München gehalten wurden. Das Interesse an einem eigenständigen Institut bestand sowohl von Seiten der medizinischen Fakultät, der – naturgemäß – an einer exzellenten Forschung gelegen war, als auch von Seiten des königlich-bayerischen Staatsministeriums des Inneren. Dessen vorrangiges Interesse lag an der gesicherten Durchführung der landesgerichtsärztlichen Aufgaben, auf die im nächsten Abschnitt etwas genauer eingegangen wird.⁵⁴

Seit der Gründung des Institutes 1909 etablierte sich das Institut mit einer Vielzahl an wissenschaftlichen Erkenntnissen und Beiträgen im Bereich der Rechtsmedizin als eines der renommiertesten in Europa und wurde Alma Mater für viele Doktoranden und Habilitanden.

4.2.1. Aufgaben und Zielsetzung

Auf der Internetseite des Instituts für Rechtsmedizin der LMU werden die zwei Hauptaufgaben aufgeführt:⁵⁵

Wie bei jedem Institut der Universität gehören die universitäre Lehre und Forschung zu den Kernaufgaben, darunter auch die Betreuung und Anleitung von Doktoranden und Habilitanden.

Die zweite und nicht weniger wichtige Aufgabe beinhaltet die „gerichtsärztliche Versorgung der Region“. Hierbei beinhaltet die Region – also das Einzugsgebiet der Rechtsmedizin München – die Regierungsbezirke Oberbayern (mit den Regionen Ingolstadt, München, Oberland, Südostbayern), Schwaben (Augsburg, Donau/Iller, Allgäu) und Niederbayern (Donau-Wald, Landshut und anteilig Lkr. Kehlheim), für die übrigen Regierungsbezirke in Bayern sind die rechtsmedizinischen Institute in Würzburg und Nürnberg-Erlangen zuständig.⁵⁶ Die „gerichtsärztliche Versorgung“ beinhaltet neben der hoheitlichen Aufgabe der Vornahme von Leichenschauen – häufig auch einfach Obduktionen genannt – auch die Erstellung von Gutachten und Erklärungen sowie der Teilnahme an gerichtlichen Hauptverhandlungen als Sachverständige (Art. 5 Abs. 3 GDVG).

⁵⁴ Vgl. 100 Jahre Lehrstuhl für Rechtsmedizin, 2009, Internetauftritt des Instituts für Rechtsmedizin

⁵⁵ Vgl. Homepage des Instituts für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, 2014.

⁵⁶ Vgl. Peschel O, 2009, S.132

4.2.2. Leichenschau

Die Leichenschau ist ein zentrales Element der Medizin und reicht in ihrer Bedeutung weit über das Gebiet der Rechtsmedizin – mit der sie generell in Verbindung gebracht wird – hinaus. So ist in einer Stellungnahme der Bundesärztekammer – als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung – aufgeführt:

„Es gehört zu den zentralen Aufgaben des Staates, die Gesundheit, das Leben und die Sicherheit seiner Bürger zu schützen und die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Die Obduktion (Sektion, Autopsie, innere Leichenschau) ist eine zentrale Säule der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und stellt somit einen essentiellen Bestandteil der Gesundheitsfürsorge dar.“⁵⁷

Daraus wird ersichtlich, dass die Leichenschau keinesfalls nur der Feststellung bzw. Abklärung einer möglichen Straftat dient, sondern eine Vielzahl an weiteren Funktionen einnimmt. Dazu gehören die Abklärung von potenziell für die Gesellschaft gefährlichen Infektionskrankheiten, die statistische Erfassung von Todesursachen für epidemiologische und nicht zuletzt gesundheitspolitische Entscheidungen, die Qualitätsüberwachung von ärztlichen Maßnahmen – beispielsweise die Durchführung von Operationen, die Korrektheit medizinischer Diagnosen – sowie auch die exakte Beurteilung pathophysiologischer Zusammenhänge, die Krankheitsabläufe und Schädigung der Organsysteme und/oder das Ansprechen auf unterschiedliche Therapien zum Erkenntnisgewinn einer Leichenschau.^{58,59}

Aufgrund dieser Bedeutung für die Allgemeinheit soll im Folgenden der Ablauf einer Leichenschau gegeben werden, insbesondere auch im Hinblick auf die Abgrenzung zu ähnlichen, im Volksmund synonym verwendeten Begrifflichkeiten sowie den rechtlichen und medizinischen Voraussetzungen.

Begrifflichkeit

Die Leichenschau umfasst sowohl die innere als auch die äussere Leichenschau. Die innere Leichenschau wird wieder, je nach dem wer sie vornimmt und welchem Zweck sie dient, als Sectio, Autopsie oder Obduktion bezeichnet. Sie ist eine ärztliche Aufgabe und entsprechend den Landesgesetzen mit geringen Abweichungen prinzipiell von jedem approbierten Arzt

⁵⁷ Hoppe P-D, Scriba P C, 2005, Stellungnahme zur „Autopsie“, S.3

⁵⁸ Vgl. AWMF online, 2012, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin

⁵⁹ Vgl. Groß D, 2002, S. 77-82.

vorzunehmen, der den Verstorben nicht unmittelbar vor dem Todeseintritt behandelt hatte (§ 87 Abs. 1 StPO, Art. 2 BestG und §1 BestattV). Die äussere Leichenschau dient dabei in erster Linie der sicheren Feststellung des Todes⁶⁰. Die hierfür notwendigen sicheren Todeszeichen sind:

- Totenflecken
- Leichenstarre
- Fäulnis
- Nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen.

Liegt mindestens eines dieser Zeichen vor, so ist durch den Leichenschauarzt die Feststellung der Todesart vorzunehmen. Diese wird in drei Kategorien unterteilt:

- Natürlicher Tod
- Nicht-natürlicher Tod
- Ungeklärte Todesart

Die Problematik ist hierbei, dass der Gesetzgeber keine eindeutigen Definitionen der einzelnen Todesarten vorgenommen hat mit der Konsequenz, dass die fehlerhafte Klassifikation der Todesart der häufigste Fehler bei der Leichenschau ist.⁶¹ Die folgenden Definitionen geben die am häufigsten verwendeten Definitionsversuche wieder.⁶²

Natürlicher Tod

Regelmäßig wird der natürliche Tod folgendermaßen definiert:⁶³

„aus innerer, krankhafter Ursache, bei dem der Verstorbene an einer bestimmt zu bezeichnenden Erkrankung gelitten hat und mit dem Ableben zu rechnen war; der Tod trat völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren ein.“

⁶⁰ Vgl. Graw M, 2016, S. 45-47.

⁶¹ Vgl. Scholz J, 2013, S.135.

⁶² Vgl. Peschel O, 2012, S.64-66.

⁶³ Madea B, 2010, S. 581.

Nicht-natürlicher Tod

Im Gegensatz zu anderen Bundesländern ist im Freistaat Bayern der Nicht-natürliche Tod in § 3 Absatz 3 der Bestattungsverordnung definiert:

„Findet der zur Leichenschau zugezogene Arzt im Rahmen der Leichenschau Anhaltspunkte dafür, dass der Tod durch Selbsttötung, durch Unfall, durch strafbare Handlung oder durch sonstige Einwirkung von außen herbeigeführt wurde, ist in der Todesbescheinigung die Todesart "Nicht natürlicher Tod" anzugeben.“

Ungeklärte Todesursache

Wie der Name bereits deutlich macht, ist die Todesart nicht eindeutig und keiner der beiden genannten Kategorien zuzuordnen. Hervorzuheben ist, dass bereits bei geringsten Zweifeln an einem natürlichen Tod eine ungeklärte Todesart anzugeben ist, um mögliche Gewaltdelikte bzw. seuchenhygienische Ursachen weiter verfolgen zu können.⁶⁴

Stellt der Leichenschauarzt einen nichtnatürlichen Tod oder eine ungeklärte Todesart fest, so ist - wie auch im Falle einer unbekannten Identität des Leichnams - zwangsläufig die Polizei zu informieren (§ 159 StPO). Im Anschluss kann von Seiten der Staatsanwaltschaft bzw. durch richterliche Anordnung eine gerichtliche Obduktion angeordnet werden.

4.2.3. Obduktion und Gutachtenerstellung

Die Rahmenbedingungen zur Durchführung einer gerichtlichen Obduktion sind in der Strafprozessordnung festgehalten. So ist die Obduktion gem. § 87 Abs. 2 StPO zwingend von zwei Ärzten vorzunehmen, von denen zumindest einer entweder Gerichtsarzt, Leiter eines gerichtsmedizinischen Instituts oder ein von einem solchen Institut beauftragter Arzt mit rechtsmedizinischen Fachkenntnissen sein muss.⁶⁵ Vor Beginn der Obduktion muss die Identität des verstorbenen geklärt werden (§ 88 StPO). In § 89 StPO ist schließlich die obligatorische Eröffnung aller drei Körperhöhlen (Kopf-, Brust- und Bauchhöhle) festgelegt. Jede Obduktion wird in einem Obduktionsprotokoll sowie einem Obduktionsbericht festgehalten. Zusätzlich zur standardisierten Leicheneröffnung können Zusatzuntersuchungen,

⁶⁴ Vgl. Rothschild M, 2005, S. 754-756.

⁶⁵ Vgl. Zimmer G, 2006, S. 13.

beispielsweise histopathologische, toxikologische oder molekulargenetische Untersuchungen veranlasst werden.

Gutachtenerstellung

Wird der Auftrag zur Gutachtenerstellung erteilt – durch Antrag der Staatsanwaltschaft oder von privater Seite – so wird ein Gutachten mit folgender Struktur erstellt:

- Gutachtensauftrag und Antragsteller
- Zusammenfassung des Sachverhalts
- Ggf. Auszüge aus der polizeilichen Vernehmungsprotokollen von Zeugen/Verdächtigten
- Soweit vorhanden, die relevanten Auszüge aus der Krankenakte
- Vollständiger Obduktionsbericht
- Ggf. Ergebnisse der zusätzlich durchgeführten Untersuchungen
- Ggf. Berichte der zusätzlich veranlassten Fachgutachten
- Stellungnahme
- Zusammenfassung
- Autoren und Angabe ihrer Fachgebiete, Datum, etc.
- Verzeichnis der herangezogenen Literatur

Der Stellungnahme kommt hierbei die größte Bedeutung zu, da in diesem Abschnitt die vorher aufgeführten Ergebnisse zusammengeführt werden, um die im Gutachtensauftrag gestellten Fragen zu beantworten. Dabei werden die Fakten und ihre möglichen Zusammenwirkungen sowohl aus medizinischer als auch naturwissenschaftlicher Perspektive erörtert. Dies ist insbesondere bei den Fragen nach möglichen Fremdeinwirkungen der Fall, bei denen neben den Verletzungsmustern auch die Gegebenheiten des Tatortes berücksichtigt werden. Gegebenenfalls werden an dieser Stelle eigenständige Experimente vorgenommen, wenn zu diesem Zeitpunkt noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Thematik vorliegen. Nicht selten werden für solche und ähnliche Untersuchungen am Institut angestellte Naturwissenschaftler in die Analyse mit einbezogen.

Erfolgt eine Verhandlung vor Gericht, so werden die Gutachter häufig als Sachverständige vorgeladen. In dieser Funktion müssen sie, wie in Abschnitt **3.3.3. Kausalitätsprinzip** ausgeführt, ihre Argumentationskette „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ vertreten können. Ist dies nicht möglich, so ist die Kausalkette für die Beweisführung in einem Strafverfahren nicht ausreichend belastbar und kann nicht berücksichtigt werden.

5. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Auswertungen der Sachverhaltszusammenfassungen aus den beiden untersuchten Institutionen hinsichtlich ausgewählter Fragestellungen vorgestellt. Dabei wird der Übersichtlichkeit halber jeweils das Ergebnis der Gutachterstelle bei der BLAEK zuerst präsentiert, anschließend folgt die identische Analyse für die Daten aus dem Institut für Rechtsmedizin.

Zuerst werden die Einlassungen aus Kapitel 4. **Institutionen** zu den Verfahrensabläufen hinsichtlich der konkreten Beweisaufnahme zusammengefasst, anschließend werden die untersuchten Fallzahlen – die bei den einzelnen Fragestellungen variieren – ausführlich erläutert.

5.1. Beweisaufnahme

Die Beweisaufnahme in den beiden Instituten bildet die Basis für die Untersuchung der Fälle und deren Bewertung, dementsprechend ist sie ein elementarer Bestandteil im Gutachterprozess und die Ergebnisse sind ohne Kenntnis derselben nicht nachzuvollziehen.

Gutachterstelle

In der Gutachterstelle basiert die Beweisaufnahme überwiegend auf der Auswertung von Behandlungsakten, d.h. von Krankenhausunterlagen sowie Patientenakten der niedergelassenen Ärzte, sofern diese involviert waren. Die erhobenen Fakten werden anhand der medizinischen Kenntnisse und Ergänzungen der Gutachten im Abgleich mit medizinischen Standards sowie der aktuellen Forschungsliteratur bewertet. Zusätzlich können medizinische Untersuchungen der Antragsteller vorgenommen werden, um beispielsweise den Gesundheitsschaden besser zu quantifizieren. Dies stellt jedoch die Ausnahme dar und wurde in den ausgewerteten Fällen nicht veranlasst.

Rechtsmedizin

Die Rechtsmedizin bedient sich einer Vielzahl medizinisch-naturwissenschaftlicher Verfahren bei der Untersuchung und Bewertung der Sachverhalte. Dies reicht von Obduktionen über pharmakologisch-toxikologische Zusatzuntersuchungen bis hin zu rein physikalischen Untersuchungen. **Tabelle 1** führt die verwendeten Hilfsmittel an, auf die sich die Rechtsmedizin in den vorliegenden Fällen bei ihrer Entscheidungsfindung für die Beweisführung stützt.

Inwieweit sich ein Unterschied bei den verwendeten Beweismitteln hinsichtlich verschiedener Fragestellung ergibt, wird in Abschnitt **5.8. Weitere Fragestellungen** untersucht.

Tabelle 1: Hilfsmittel der Beweisaufnahme

Hilfsmittel	Absolute Anzahl	Relative Häufigkeit (in %)
KH- / Ermittlungsakten	75	= 100
Zusätzl. Gerichtsprotokolle	2	~ 3
Obduktion	59	~ 79
Davon Exhumierungen	2	~ 3
Feingewebliche Zusatzuntersuchungen	21	= 28
Zusätzl. Histologische Untersuchungen	1	~ 1
Zusatzgutachten	10	~ 13
Davon zusätzlich empfohlen	1	~ 1
Toxikologische Untersuchungen	3	= 4
Blutalkohol-Berechnungen	1	~ 1
Blutzuckerbestimmungen	1	~ 1

Die Grundlagen der Beweisführung sind – abgesehen von Krankenhaus- und Ermittlungsakten, die selbstverständlich in jedem Fall hinzugezogen werden – nicht überraschend die Obduktionen beziehungsweise die Leichenöffnungen. Die zentrale Stellung der Obduktionserkenntnisse in rechtsmedizinischen Gutachten wird durch die Tabelle noch einmal hervorgehoben, wenn man die geringe Zahl an zusätzlichen Untersuchungen betrachtet, die den Gutachtern zur eindeutigen Beweisführung von Nöten waren. Einzig die feingeweblichen Zusatzuntersuchungen wurden in einem Viertel der Fälle zusätzlich durchgeführt und unterstreichen den wichtigen Stellenwert dieser Zusatzuntersuchung bei der Diagnosestellung bzw. Beweisführung.⁶⁶

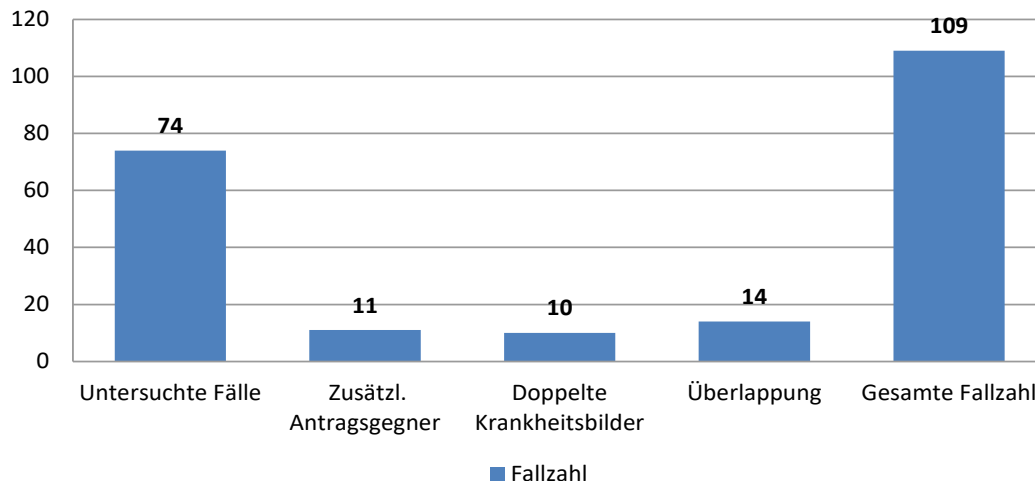
⁶⁶ Vgl. Dettmeyer R, 2014, S.401-412.

5.2. Erläuterungen zu den Fallzahlen

Gutachterstelle

In den weiteren Analysen werden mehrfach unterschiedliche Fallzahlen als Grundlage genommen. Um einer Verwirrung vorzubeugen gibt **Abbildung 1** einen kurzen Überblick über den Ursprung der einzelnen Fallzahlen.

Abbildung 1: Fallzahlen der Gutachterstelle



Die untersuchten Fälle repräsentieren die einzelnen Gutachtensverfahren, d.h. es wurden 74 Fälle untersucht, in denen Patienten einen Behandlungsfehler vermuteten und eine Prüfung veranlassten. Innerhalb dieser Fallgruppe erhoben jedoch einige Patienten den Vorwurf eines Behandlungsfehlers nicht nur gegen einen, sondern gegen mehrere Antragsgegner, wodurch sich die Anzahl der geprüften Behandlungsfehler auf 85 Ergebnisse erhöht.

Eine weitere Zunahme der Fallzahl um zehn ergibt sich daher, dass manche Fälle kombinierte Krankheitsbilder aufwiesen und sowohl den traumatischen als auch den hämorrhagischen Krankheitsbildern zugeordnet wurden. Durch diese Mehrfachzuordnung kam es in einigen Fällen zu einer Überlappung, d.h. der einzelne Fall führte zu mehreren Antragsgegnern und wurde mehreren Krankheitsbildern zugeordnet. Dies erhöhte die maximal mögliche Fallzahl auf 109 Fälle.

Bei den einzelnen untersuchten Fragestellungen wird daher jeweils eine unterschiedliche Grundgesamtheit zwischen 74 und 109 Fällen untersucht. Diese Mehrfachzählung wurde vorgenommen, da sie bei speziellen Fragestellungen zusätzliche Informationen ergeben. Es

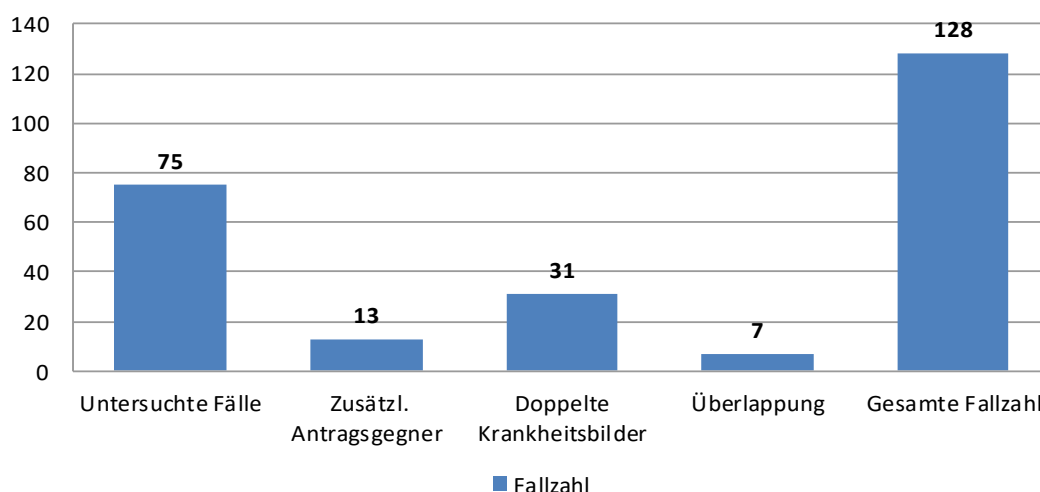
wird bei jeder einzelnen Fragestellung jedoch eingangs erwähnt, auf welche Grundgesamtheit sich die Analyse bezieht.

Rechtsmedizin

Unter Anwendung der in 2.3 Ausschlusskriterien aufgeführten Parameter ergibt sich ein Datenpool von 85 Fällen. Allerdings wurden die Gutachten in diesen 85 Fällen nicht immer nur zur Beurteilung eines vermuteten Behandlungsfehlers in Auftrag gegeben. Manchmal wurde zusätzlich zur Fragestellung „Behandlungsfehler“ eine mögliche „fahrlässige Körperverletzung / Tötung“ oder eine „unterlassene Hilfeleistung“ im Gutachtensauftrag angeführt. Diese werden hier jedoch allein unter der Fragestellung Behandlungsfehler ausgewertet, da in den Gutachten auf die zusätzliche juristische Einschätzung nicht gesondert eingegangen wurde. In zehn Fällen wurde jedoch ausschließlich eine Stellungnahme hinsichtlich dieser Tatbestände angefordert und abgegeben. Diese Fälle werden in **5.8 Weitere Fragestellungen** gesondert analysiert.

Für die vermuteten Behandlungsfehler ergeben sich folgende Fallzahlen:

Abbildung 2: Fallzahlen des Instituts für Rechtsmedizin



Vergleicht man die Fallzahlen zwischen beiden Institutionen, so erhält man mit den gewählten Ausschlusskriterien eine fast gleichgroße Grundgesamtheit. Lediglich die Zahl der doppelten Krankheitsbilder ist in der Rechtsmedizin höher. Dies beruht auf der hohen Zahl von Fällen,

in denen sowohl traumatische als auch hämorrhagische Krankheitsbilder vorlagen. Auf dieses Faktum und dessen mögliche Ursachen wird in Kapitel **5.6 Krankheitsbilder** näher eingegangen.

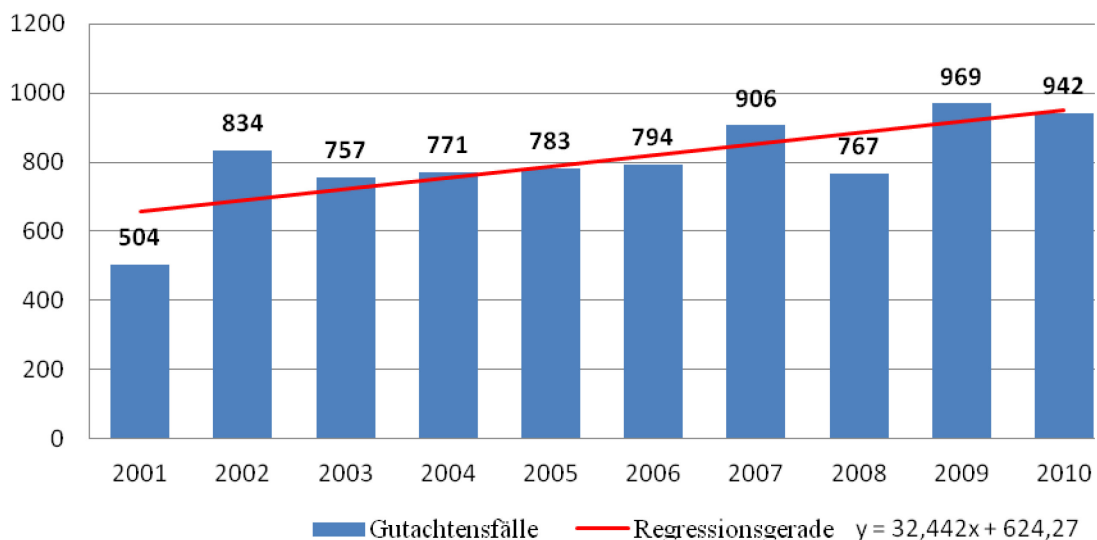
5.3. Allgemeine Ergebnisse

5.3.1. Datensatz

Gutachterstelle

In der Gutachterstelle wurden von 2001 bis 2010 insgesamt 8027 Gutachtensaufträge abgeschlossen.⁶⁷ **Abbildung 3** zeigt die zeitliche Verteilung sowie die Zunahme der Fallzahlen über die Jahre.

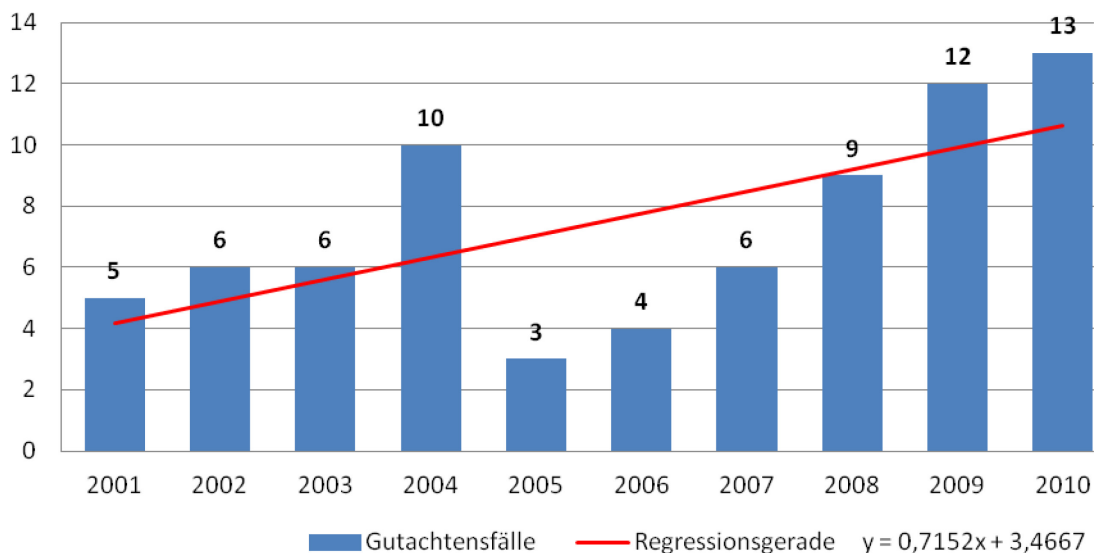
Abbildung 3: Zeitliche Verteilung der Gutachtensfälle der Gutachterstelle



Von diesen 8027 erstellten Gutachten wurden – wie bereits erwähnt – insgesamt 74 Fälle untersucht. Die Verteilung der untersuchten Fälle über die Jahre zeigt **Abbildung 4**:

⁶⁷ Interne Datenauswertung, siehe auch Ottmann K, 2011, S20 ff.

Abbildung 4: Zeitliche Verteilung der untersuchten Fälle der Gutachterstelle

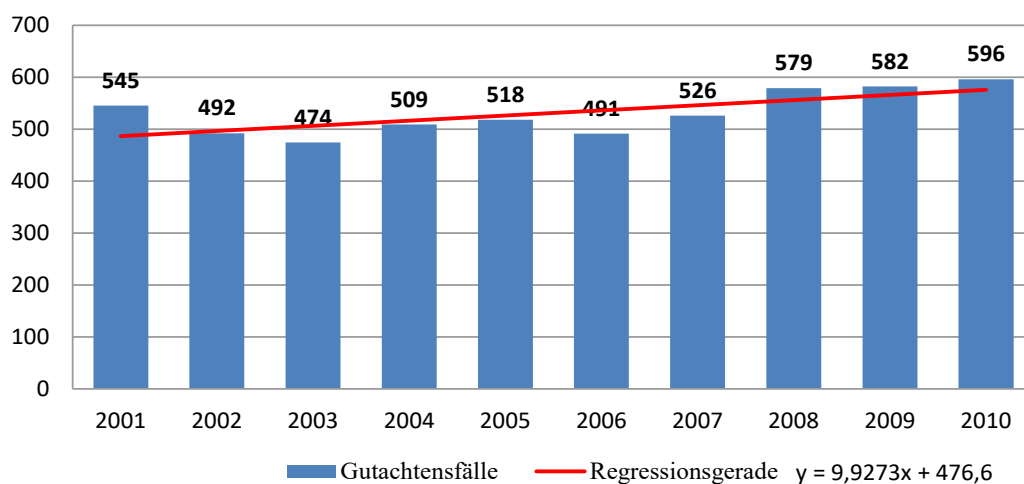


In beiden Abbildungen ist die Zunahme der Fälle über die Dekade nachvollziehbar. Die stärker ausgeprägte Zunahme der Fallzahlen im Bereich der untersuchten Fälle ist in erster Linie einer Verzerrung aufgrund der geringen Zahl der untersuchten Fälle zuzurechnen.

Rechtsmedizin

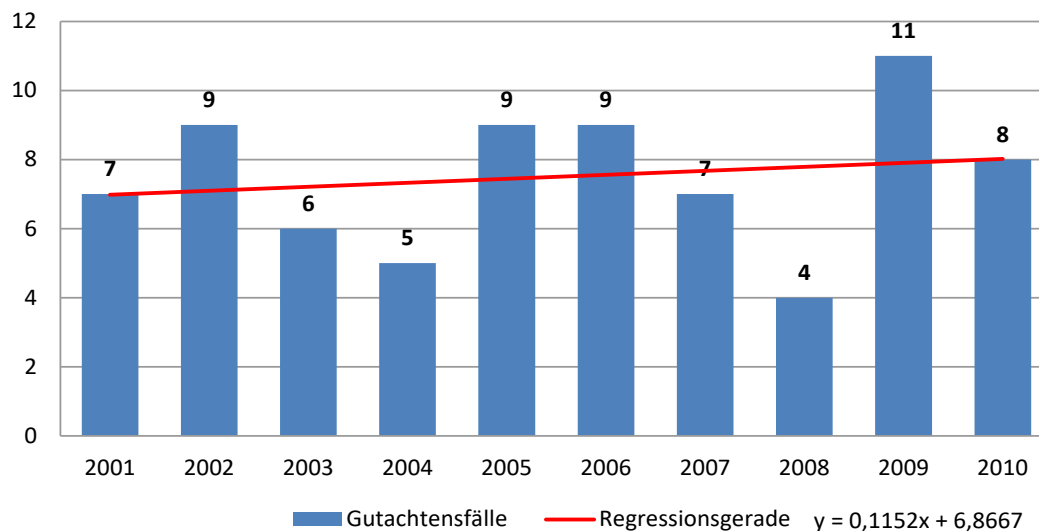
Die untersuchten Gutachten der Rechtsmedizin stammen ebenfalls aus dem Zeitraum der Jahre 2001 bis 2010. Die 5312 gesichteten Gutachten zeigen folgende Verteilung:

Abbildung 5: Zeitliche Verteilung der Gutachtensfälle des Instituts für Rechtsmedizin



Aus diesem Datenpool wurde – analog zum Datensatz der Gutachterstelle – nur ein Bruchteil der Fälle ($75 \pm 1,5 \%$) eingeschlossen:

Abbildung 6: Zeitliche Verteilung der untersuchten Fälle des Instituts für Rechtsmedizin



Im Vergleich zur Gutachterstelle zeigt sich eine größere Fluktuation der Fälle in den einzelnen Jahren, die Zahl der vermuteten Behandlungsfehler über den gesamten untersuchten Zeitraum ist jedoch auch hier zunehmend.

Vergleicht man jedoch insgesamt die Fallzahl mit der Zahl der untersuchten Fälle, so wird deutlich, dass der Anteil der untersuchten Fälle lediglich 0,9 Prozent (Gutachterstelle) bzw. 1,5 Prozent (Rechtsmedizin) der insgesamt erstellten Gutachten in diesem Zeitraum beträgt. Diese Diskrepanz lässt sich durch mehrere Faktoren erklären.

Der Hauptgrund liegt sicherlich in den Ausschlusskriterien aus **Kapitel 2.3 Ausschlusskriterien** begründet. Dabei wurden alle Fälle ausgeschlossen, in denen der Antragsgegenstand nicht explizit einem neurocraniellen Krankheitsbild entsprach sowie alle Fälle, die sich nicht den einzelnen Kategorien aus **Kapitel 2.2 Krankheitsbilder** zuordnen ließen. Darunter fallen beispielsweise alle Wirbelsäulenoperationen aus der Neurochirurgie als auch neurologische Krankheiten wie das Guillain-Barré-Syndrom.

Sowohl die interne Aufschlüsselung der Gutachterstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer als auch der Vergleich mit der jährlich erscheinenden Statistik der Bundesärztekammer und Veröffentlichungen anderer Einrichtungen wie dem Medizinischen

Dienst der Krankenkasse (MDK) zeigen, dass die mit Abstand häufigsten Vorwürfe von Behandlungsfehlern die operativen Fächer – insbesondere die orthopädische Chirurgie – betreffen.^{68,69,70} Danach sehen sich die Gynäkologie mit dem Teilbereich der Geburtshilfe sowie die Innere Medizin den häufigsten Vorwürfen ausgesetzt.⁷¹ In den meisten dieser Behandlungsverläufe treten keine neurocraniellen Krankheitsbilder auf.

Ein weiterer Faktor hierfür könnte in den Institutionen selbst begründet sein. Die Gutachterstelle bietet ein rechtlich nicht bindendes Votum an, welches als Grundlage für eine aussergerichtliche Einigung dienen soll. Es wäre denkbar, dass gerade bei schwerwiegenden Krankheitsbildern bzw. tödlichen Verläufen direkt ein Zivilverfahren – ohne vorherige Anrufung der Gutachterstelle – angestrebt wird. Die Rechtsmedizin hingegen wird auf Anweisung der Staatsanwaltschaft tätig, d.h. bei ungeklärten beziehungsweise unnatürlichen Todesfällen. Dabei stehen vielfach Gewaltdelikte im Vordergrund, deren Untersuchung nicht primär die Beurteilung eines ärztlichen Behandlungsfehlers beinhaltet, und die deswegen ausgeschlossen wurden.

Auch die zunehmende Nachfrage, wie die Regressionsgeraden in den Schaubildern zeigen, könnte eine Ursache für die Diskrepanz sein. Diese Entwicklung, die in den Vereinigten Staaten von Amerika bereits seit einiger Zeit zu beobachten ist,⁷² beruht unter anderem auf der zunehmenden Sicht auf die Medizin als „einforderbare“ Serviceleistung, bei der bei Unzufriedenheit geklagt wird.⁷³ Diese Sichtweise scheint sich jedoch (bisher) überwiegend auf elektive Behandlungen in der Medizin zu beziehen. Neurocranielle Befunde wie intracranielle Blutungen, cerebrale Ischämien oder Schädel-Hirn-Traumata sind jedoch Notfälle. Es ist anzunehmen, dass in diesen Fällen nicht die gleiche Anspruchshaltung wie bei elektiven Behandlungen vorliegt.

Dies deckt sich zumindest mit der Erfahrung aus der studentischen Mitarbeit in der Gutachterstelle, bei der nur sehr wenige Behandlungen von schwerverletzten Patienten Ausgangspunkt für einen Behandlungsfehlervorwurf waren. War dies dennoch der Fall, so wurden ausschließlich „Nebenbefunde“, d.h. in der Primärversorgung nicht vorrangige Verletzungen wie beispielsweise die Versorgung von Extremitätenfrakturen beanstandet,

⁶⁸ MDK, 2012, S. 10-12.

⁶⁹ Bundesärztekammer, 2014, S. 4, 9.

⁷⁰ Bundesärztekammer, 2015, S. 4, 9.

⁷¹ Vgl. Knaak J, 2014, S.1049-1057.

⁷² Vgl. Ossig S, 2005, S. 77-85.

⁷³ Vgl. Stieflehagen P, 2011, S.14-16.

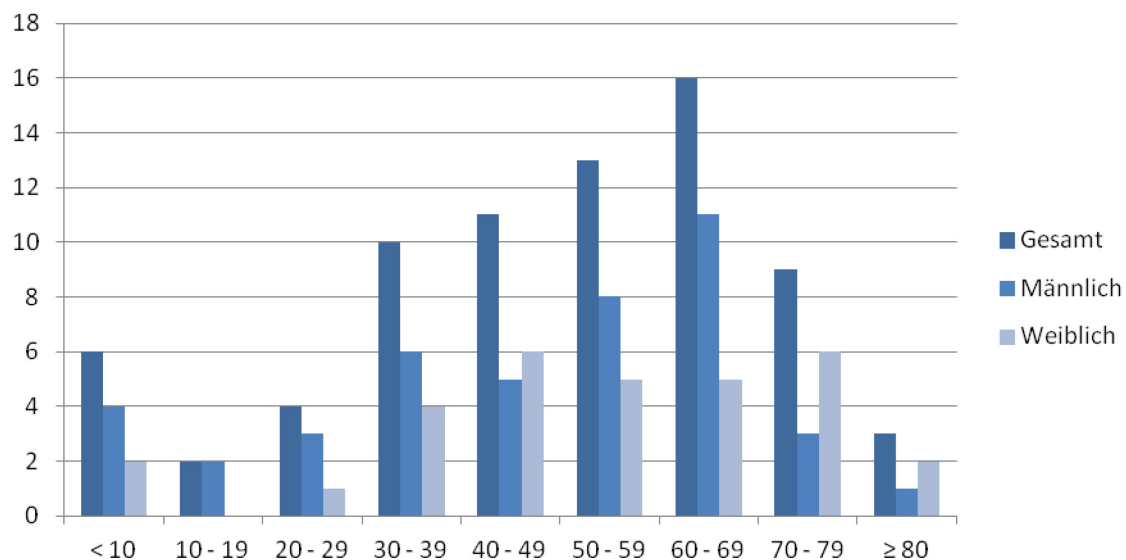
während potenziell lebensbedrohliche Maßnahmen wie z.B. komplexe Notfalloperationen der drei Körperhöhlen oder längere intensivmedizinische Versorgungen nicht Gegenstand des Vorwurfs waren. Es findet sich daher auch kein Fall eines Polytraumas in den vorliegenden Gutachten. Selbstverständlich sind auch weitere Gründe denkbar, die drei genannten tragen jedoch sicherlich einen großen Teil zu den sehr niedrigen Fallzahlen bei.

5.3.2. Altersstruktur

Gutachterstelle

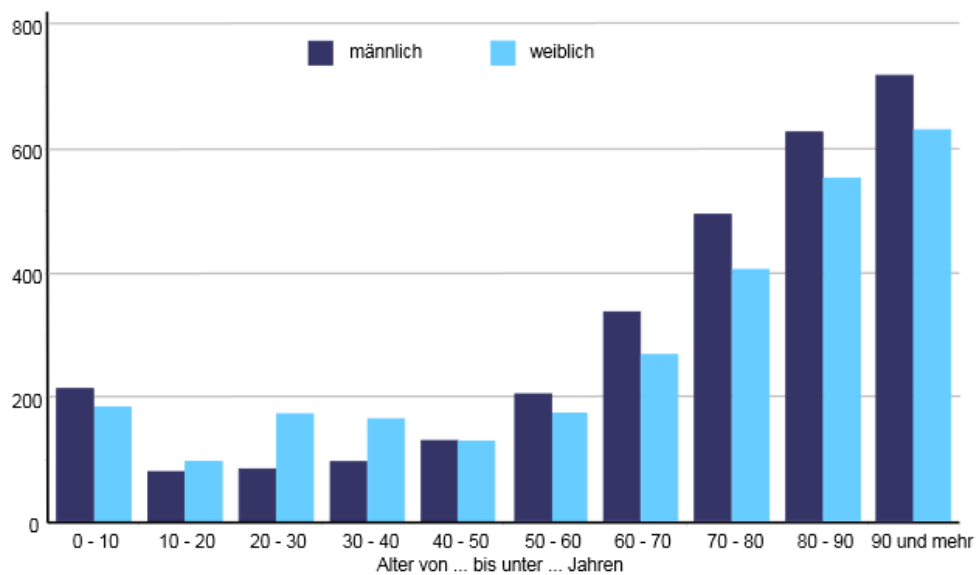
Die Altersstruktur des Patientenkollektivs sah folgendermaßen aus:

Abbildung 7: Altersstruktur des untersuchten Patientenkollektivs der Gutachterstelle



Vergleicht man diese Abbildung mit der Altersverteilung der Krankenhauspatienten in Deutschland, so wird deutlich, dass die Verteilung bis zum Alter von ca. 70 Jahren weitestgehend kongruent ist. Bei Kleinkindern ist ein Peak in der Versorgung zu verzeichnen, danach fallen die Fallzahlen ab, um ca. ab dem 50 Lebensjahr wieder deutlich anzusteigen.

Abbildung 8: Krankenhausfälle je 1000 Einwohner nach Altersgruppe und Geschlecht 2005⁷⁴



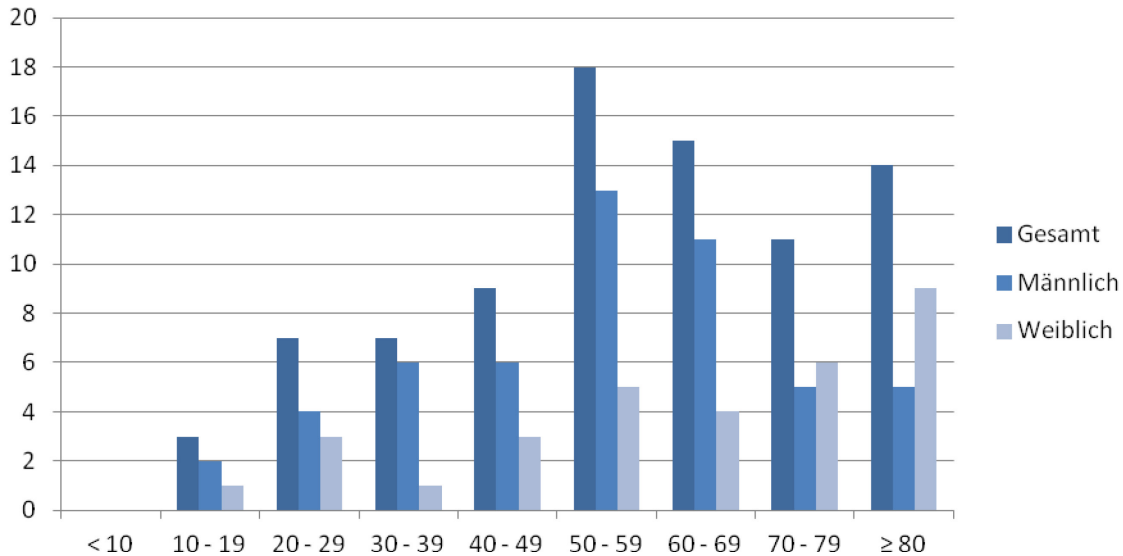
Im Gegensatz zur Krankenhausstatistik fällt jedoch die Anzahl der vermuteten Behandlungsfehler in der Gutachterstelle ab dem Alter von 70 Jahren ab. Analog zu den oben genannten Ursachen lässt sich argumentieren, dass in den älteren Generationen die Medizin noch nicht den Charakter einer einklagbaren Serviceleistung hat. Möglich erscheint auch, dass Patienten in diesem Alter die jeweiligen Anlaufstellen wie beispielsweise die Gutachterstelle nicht kennen. Ein weiterer Faktor könnte jedoch sein, dass ab einem gewissen Alter – Stichwort multimorbide Patienten – eine gesundheitliche Beeinträchtigung beziehungsweise längere Krankenhausaufenthalte überwiegend als schicksalhaft wahrgenommen werden.

⁷⁴ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008, S.8.

Rechtsmedizin

Die Altersstruktur des Patientenkollektivs in der Rechtsmedizin ergab folgende Verteilung:

Abbildung 9: Altersstruktur des Patientenkollektivs des Instituts für Rechtsmedizin



Ein männlicher Patient wurde in dieser Verteilung nicht berücksichtigt, da die Identität und das Alter unbekannt waren. Auffallend ist, dass im Vergleich zur Gutachterstelle keine Patienten jünger als 10 Jahren vertreten sind. Dies beruht unter anderem auf den Ausschlusskriterien, in denen alle Fälle der Kindesmisshandlung aufgrund des Antragsbegehrens – in welchem es ausschließlich um die Abklärung einer Misshandlung, nicht jedoch um die Feststellung einer ärztlichen Fehlbehandlung – unberücksichtigt blieben. Dadurch wurden auch die meisten Fälle der gerichtsmedizinischen Untersuchung von ungeklärten Todesursachen ausgeschlossen. Dass allerdings keine Fälle eines unnatürlichen Todes oder ungeklärter Todesursache in dieser Altersgruppe über den Zeitraum von 10 Jahren untersucht wurden, überrascht.

Eine plausible Ursache für diesen Sachverhalt ist nicht evident. Zwei Möglichkeiten erscheinen denkbar. Vor dem Hintergrund, dass die meisten Patienten der Rechtsmedizin in Folge des Krankheitsgeschehens verstorben sind, könnte man anführen, dass viele Erkrankungen im Kindesalter keinen fatalen Ausgang nahmen oder schwerwiegende körperliche Beeinträchtigungen nach sich zogen. Dies ist – leider – aufgrund des Krankheitsspektrums im Kindesalter nicht wahrscheinlich. Vielmehr ist es wahrscheinlicher, dass die Todesart nicht als unnatürlich oder ungeklärt angegeben wurde, da die Grunderkrankung selbst mit einer deutlich verkürzten Lebenserwartung einhergeht.

In diesem Fall würde die Staatsanwaltschaft nicht tätig werden. Dennoch bleibt die Ursache für das vollständige Fehlen von vermuteten Behandlungsfehlern über einen Zeitraum von einer Dekade unklar.

5.3.3. Antragsteller

Gutachterstelle

Von den 74 Antragstellern waren 43 männlich (~ 58 %) und 31 weiblich (~ 42 %). Weiterhin ließen sich 39 der 74 Antragsteller (~ 53 %) anwaltlich vertreten, obwohl dies für die Durchführung des Verfahrens nicht erforderlich ist und die Kosten durch den Versicherungsträger auch nicht übernommen werden. Inwiefern sich aus diesen Daten eine statistisch signifikante Aussage ableiten lässt, wird unter **5.9. Weitere Fragestellungen** genauer analysiert.

Rechtsmedizin

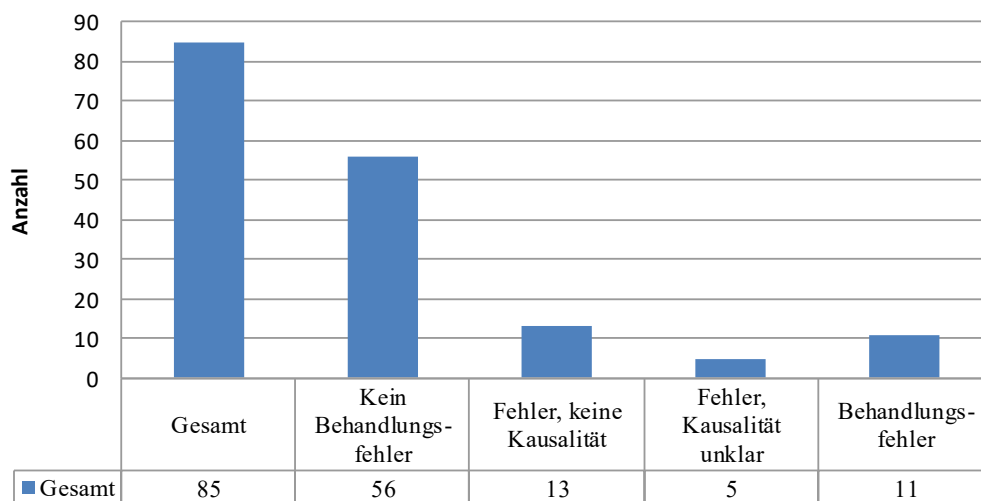
Von den 85 eingeschlossenen Gutachten bezogen sich 53 (~ 62 %) Gutachten auf männliche Patienten und 32 (~ 38 %) auf weibliche Patientinnen. Eine Analyse, inwiefern das Geschlecht die Vermutung eines Behandlungsfehlervorwurfs beeinflussen könnte, entfällt aus folgendem Grund: In den meisten Fällen werden die Gutachten in der Rechtsmedizin auf Antrag der Staatsanwaltschaft bei Vorliegen eines ungeklärten oder eines unnatürlichen Todes erstellt, in seltenen Fällen können Gutachten auch auf Antrag von Erben oder Versicherungen erstellt werden. Dies war in den untersuchten Fällen jedoch nicht der Fall, auf Antrag der geschädigten Patienten wurden keine Gutachten erstellt.

5.4. Fehlerstatistik

Gutachterstelle

Es liegen insgesamt 85 Ergebnisse vor, basierend auf 74 Fällen sowie 11 weiteren Fällen unter Berücksichtigung der mehrfachen Antragsgegner, für die jeweils ein möglicher Behandlungsfehler untersucht wurde. Zusammengefasst ergibt sich hinsichtlich der festgestellten Behandlungsfehler folgendes Bild:

Abbildung 10: Fehlerstatistik der Gutachterstelle



Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, wurde in 56 Fällen (ca. 66 %) eine fehlerlose, dem aktuellen Standard der medizinischen Wissenschaft entsprechende Behandlung der Patienten nachgewiesen. Diese Zahl mag auf den ersten Blick nicht gerade vertrauensbildend für die medizinische Versorgung in Bayern sein, da im Umkehrschluss immerhin ein Drittel der Behandlungen nicht mit dem erforderlichen Standard erbracht wurden. Selbstverständlich entspricht diese inakzeptable Fehlerquote nicht der tatsächlichen Versorgungsqualität, sondern wird durch die Grundgesamtheit verzerrt. Nicht mit abgebildet wurden alle Behandlungen, in denen es erst gar nicht zu einem vermuteten Behandlungsfehler von Seiten der Patienten kam. Darüber hinaus entspricht das Verhältnis der tatsächlich festgestellten Behandlungsfehler im Verhältnis zu den vermuteten Behandlungsfehlern der Behandlungsfehlerquote, die jährlich durch die Bundesärztekammer und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) für das gesamte Bundesgebiet ermittelt werden.^{75,76}

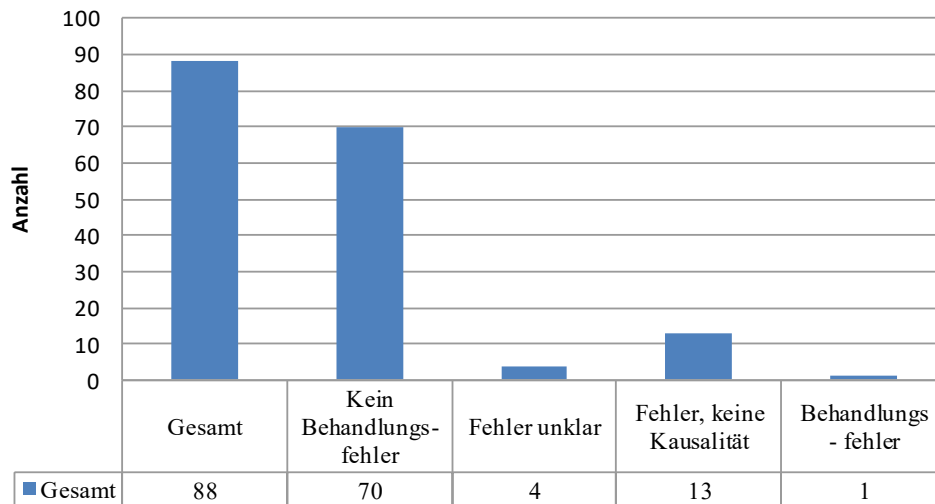
⁷⁵ Bundesärztekammer, 2015, S.5

⁷⁶ MDK, 2014, S.8.

Rechtsmedizin

Die Fehlerstatistik setzt sich wieder aus den untersuchten Fällen unter Berücksichtigung der doppelten Antragsgegner zusammen. Dadurch ergibt sich eine Gesamtzahl von 88 untersuchten Behandlungsfehlervorwürfen.

Abbildung 11: Fehlerstatistik des Instituts für Rechtsmedizin



Im Gegensatz zu den Ergebnissen aus der Gutachterstelle konnte in den zu begutachtenden Fällen im Institut für Rechtsmedizin in 70 Fällen (ca. 80%) eine einwandfreie ärztliche Behandlung festgestellt werden. Auch die Zahl der festgestellten Behandlungsfehler lag im Institut für Rechtsmedizin mit lediglich einem Fall deutlich unter den Zahlen aus der Gutachterstelle (11 Fälle).

Bei der Untersuchung dieser Fallzahlen hinsichtlich eines statistisch signifikanten Unterschieds wird im Folgenden das Vorgehen exemplarisch vorgestellt,⁷⁷ die Untersuchungen der weiteren Fragestellungen erfolgten bei gleichem Datenmaterial analog.

Das vorliegende Datenmaterial ist voneinander unabhängig und zeigt ein nominales Skalenniveau, daher kann die statistische Signifikanz mittels Chiquadrat-Test getestet werden. Für die Anwendung desselben werden die Fallzahlen in einer 4-Felder-Tafel notiert:

⁷⁷ Vgl. Backhaus K, 2008, S. 225-251.

Tabelle 2: 4-Felder-Tafel Behandlungsfehler

Institution	Behandlungsfehler		Σ
	Ja	Nein	
Gutachterstelle	11	74	85
Rechtsmedizin	1	87	88
Σ	12	161	173

Die zu widerlegende Nullhypothese (H_0) lautet:

H_0 : Der Anteil jeder Merkmalsausprägung der Variablen X (Behandlungsfehler) ist in beiden Stichproben gleich.

Das Signifikanzniveau wird auf 5 % festgelegt.

Es gilt:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

wobei e_{ij} der erwarteten Häufigkeit der Merkmalsausprägung ij entspricht und o_{ij} die tatsächlich beobachtete Merkmalsausprägung ij wiedergibt. Trägt man die Werte aus Tabelle 2 ein, so ergibt sich:

$$e_{11} = 85 * 12 / 173 = 5,896$$

$$e_{12} = 85 * 161 / 173 = 79,104$$

$$e_{21} = 88 * 12 / 173 = 6,104$$

$$e_{22} = 88 * 161 / 173 = 81,896$$

Damit ergibt sich:

$$X^2 = (11-5,896)^2/5,896 + (74-79,104)^2/79,104 + (1-6,104)^2/6,104 + (87-81,896)^2/81,896$$

$$X^2 = 9,334 > 3,84.$$

Das heißt, die Nullhypothese wird abgelehnt, die Merkmalsausprägung „Behandlungsfehler“ ist in den beiden Stichproben (Institutionen) nicht gleich verteilt. Dieses Ergebnis zeigt einen statistischen Zusammenhang an. Um die Stärke dieses Zusammenhangs zu beurteilen, lässt sich der Phi-Koeffizient verwenden:

$$\varphi = \sqrt{\frac{\chi^2}{N}}$$

Damit ergibt sich gerundet:

$\varphi = 0,2$ (bei Werten größer 0,3 wird allgemein von einem deutlichen Zusammenhang ausgegangen).

Die obigen Ausführungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die vorliegenden Daten sind unabhängig und nominalskaliert, aufgrund der Anzahl von über 150 Fällen lassen sich statistische Zusammenhänge mittels Chiquadrat-Test beurteilen. Die Ergebnisse können mit Hilfe des Phi-Koeffizienten noch genauer hinsichtlich der Stärke der statistischen Zusammenhänge untersucht werden. Allerdings zeigen die Ergebnisse lediglich statistische Zusammenhänge und keine inhaltlichen Kausalitäten. Diese Feststellung ist äußerst wichtig, generell gilt: Umkehrschlüsse sind nicht zulässig, eine Korrelation bedeutet noch keine Kausalität. Dieser Unterscheidung wird auch in **Kapitel 5.9. Weitere Fragestellungen** bei der Überprüfung weiterer Zusammenhänge noch einmal weiter nachgegangen.

Mit Hilfe des oben angeführten Beispiels konnte gezeigt werden, dass in der Gutachterstelle bei der BLAEK statistisch signifikant mehr Behandlungsfehler festgestellt wurden als im Institut für Rechtsmedizin der LMU.

Unter Verwendung derselben statistischen Tests und demselben Vorgehen war die Anzahl der festgestellten Fehler ohne Kausalität zwischen beiden Institutionen statistisch nicht signifikant (13 Fälle in jeder Institution, $X^2 = 0,007$).

Eine einwandfreie Behandlung konnte in der Gutachterstelle in 56 Fällen (ca. 66 %) und in der Rechtsmedizin in 70 Fällen (ca. 80 %) festgestellt werden. Hier lag bei einem $X^2 = 4,07$ und einem $\phi = 0,15$ eine statistisch signifikant geringere Zahl an fehlerfreien Behandlungsfällen in der Gutachterstelle vor, wobei die Stärke des Zusammenhangs sehr schwach ausgeprägt war.

Während es in den Verfahrensfällen der Gutachterstelle fünf Fälle gab, in denen ärztliche Fehler festgestellt wurden, die Kausalität letztendlich jedoch unklar blieb, konnten im Institut für Rechtsmedizin alle Kausalitäten abschließend beurteilt werden. Jedoch konnte im Gegenzug in vier Fällen nicht eindeutig geklärt werden, inwiefern überhaupt ein ärztlicher Fehler vorlag.

5.4.1. Vermutete Behandlungsfehler

„Welche Fehler wurden am häufigsten beanstandet?“

Gutachterstelle

Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten, wie es prima vista den Anschein hat. Die Patienten sind meistens medizinische Laien und können eine Behandlung nicht ohne weiteres auf ihre Richtigkeit beurteilen. Durch die Aufklärung wird versucht, diesem Faktum Rechnung zu tragen, nichtsdestotrotz bleibt das Wunschziel des „aufgeklärten“ Patienten aufgrund der Komplexität der pathophysiologischen Zusammenhänge, der Therapieschemata et cetera oftmals unerreicht. Dies zeigte sich bei der Auswertung der Fragebögen, die die Patienten bei Aufnahme eines Gutachterverfahrens ausfüllen müssen. Sehr oft vermuteten die Patienten einen Behandlungsfehler, konnten allerdings nicht genauer spezifizieren warum. Meistens wurde vereinfachend der Gesundheitsschaden, die Zahl der Operationen oder die Dauer der intensivstationären Behandlung als Beleg für einen Behandlungsfehler angeführt. Daher ist es eine der vorrangigen Aufgaben der Gutachterstelle, den Patienten bei der Identifizierung und Formulierung des Behandlungsfehlervorwurfes zu unterstützen.

Die Gutachterkommission erstellt aufgrund der langjährigen Erfahrung ihrer Mitglieder daher für jeden Fall einen Fragenkatalog für den Gutachter, der die kritischen Punkte in der Behandlung hinterfragt. Dabei werden einige Standardfragen wie beispielsweise die Frage

nach der Richtigkeit der OP-Indikation immer gestellt. Dies macht es im Nachhinein jedoch schwieriger, den genauen Grund für den Vorwurf eines Behandlungsfehlers zu identifizieren.

Der Grund (im Gutachtensauftrag vermerkt) sollte durch den wiedergegebenen Sachverhalt, den Gutachtensauftrag sowie die Kernproblematik in den Sachverhaltszusammenfassungen im **Anhang I** und **Anhang II** nachvollziehbar sein. Es wurde dabei versucht, den ursächlichen Vorwurf zu identifizieren und die daraus resultierenden Folgevorwürfe nicht zu berücksichtigen. Dies soll kurz an Fall Gu-02-02 exemplarisch veranschaulicht werden:

Ursächlicher Vorwurf ist das Ausbleiben einer Postexpositionsprophylaxe, also eine falsche medikamentöse Behandlung. Das Unterbleiben einer Lumbalpunktion, die Nicht-Diagnose einer FSME und die dadurch resultierende Verzögerung der Therapie sind Folgevorwürfe und werden in der Tabelle nicht aufgeführt. Diese Analyse wurde im Rahmen des Aktenstudiums für jeden Fall erstellt.

Als Grundgesamtheit dienen unter Einbezug der mehrfachen Antragsgegner 85 Fälle:

Tabelle 3: Vermutete Behandlungsfehler in der Gutachterstelle

Fehlerart	Hämorrhagisch	Ischämisch	Traumatisch	Infektiös	Neoplastisch	H + T	Σ
Diagnostik							
Fehldiagnose	8	7	1	8	1	1	26
Unvollständig	4	2	2	--	1	4	13
Therapie							
Medikamentös	2	6	--	2	--	--	10
Operativ	3	3	1	2	4	1	14
Unvollständig	1	--	4	--	--	3	8
Verzögerung							
Einweisung	--	1	--	--	--	--	1
Diagnostik	1	3	--	--	--	2	6
Therapie	2	--	--	--	1	--	3
Versorgungstufe	1	2	--	--	--	1	4
Σ	22	24	8	12	7	12	85

Rechtsmedizin

Auch in den untersuchten Fällen im Institut für Rechtsmedizin ist die Angabe der vermuteten Behandlungsfehler nicht sofort ersichtlich. Die Gutachten werden auf Antrag der Staatsanwaltschaft erstellt, dementsprechend sind die Gutachtensaufträge von medizinischen Laien formuliert und oftmals sehr weitgefasst im Sinne von: „Lagen im Behandlungsverlauf Fehler vor, die ursächlich für den Gesundheitsschaden sind?“. Die auf dieser Basis formulierten Sachverhaltsfragen von Seiten der Rechtsmedizin sind wiederum sehr ausführlich und anhand des individuellen Krankheitsverlaufs orientiert, so dass die ursprüngliche Fragestellung, die Anlass zur Begutachtungsaufnahme war, retrospektiv nur schwer identifizierbar ist.

Tabelle 4: Vermutete Behandlungsfehler im Institut für Rechtsmedizin

Fehlerart	Hämorrhagisch	Ischämisch	Traumatisch	Infektiös	Neoplastisch	H + T	Σ
Diagnostik							
Fehldiagnose	2	1	--	3	4	3	13
Unvollständig	3	--	2	--	--	8	13
Therapie							
Medikamentös	3	--	1	3	1	2	10
Operativ	3	2	2	3	1	3	14
Unvollständig	3	--	1	1	--	4	9
Verzögerung							
Einweisung	3	1	--	1	--	2	7
Diagnostik	3	--	--	--	--	4	7
Therapie	2	1	--	--	1	0	4
Versorgungstufe	1	1	2	1	--	6	11
Σ	23	6	8	12	7	32	88

5.4.2. Festgestellte Behandlungsfehler

„Welche Fehler wurden am häufigsten festgestellt?“

Gutachterstelle

Wie bereits in **Kapitel 5.4 Fehlerstatistik** aufgeführt wurde, konnten in den Datensätzen der Gutachterstelle 11 Behandlungsfehler festgestellt werden. Die Einordnung dieser Fälle analog zu den vermuteten Behandlungsfehlern, d.h. ohne Berücksichtigung von Folgefehlern, gibt Tabelle 5 wieder.

Tabelle 5: Festgestellte Behandlungsfehler in der Gutachterstelle

Fehlerart	Hämorrhagisch	Ischämisch	Traumatisch	Infektiös	Neoplastisch	H + T	Σ
Diagnostik							
Fehldiagnose	2	1	--	--	--	--	3
Unvollständig	1	--	1	--	--	1	3
Therapie							
Medikamentös	--	--	--	1	--	--	1
Operativ	--	--	--	--	1	--	1
Unvollständig	--	--	--	--	--	--	--
Verzögerung							
Einweisung	--	--	--	--	--	--	--
Diagnostik	1	1	--	--	--	1	3
Therapie	--	--	--	--	--	--	--
Versorgungstufe	--	--	--	--	--	--	--
Σ	4	2	1	1	1	2	11

Bei der überwiegenden Anzahl der Behandlungsfehler waren der vermutete und der festgestellte Fehler deckungsgleich. In lediglich drei der elf festgestellten Behandlungsfehler konnte eine Divergenz zwischen vermutetem und tatsächlich festgestelltem Behandlungsfehler festgestellt werden:

Gu-05-01

Vermutet wurde eine Fehldiagnose (nicht-Erkennen eines Apoplex), tatsächlich jedoch durfte die initiale Diagnose einer Lumboischialgie aufgrund der Symptomatik gestellt werden. Auf die progrediente Symptomatik mit Herausbildung einer Hemiparese wurde allerdings nicht adäquat reagiert und es kam zu einer Verzögerung in der Diagnostik (CCT).

Gu-09-02

Vermutet wurde eine unzureichende Diagnostik (es erfolgte kein CCT), die Kommission kam jedoch zu dem Schluss, dass vielmehr eine Fehldiagnose vorlag, welche zu der resultierenden Verzögerung / Unvollständigkeit in der Diagnostik führte. Bemerkenswert ist an diesem Fall, dass die Gutachterkommission dem externen Gutachten nicht folgte. Entgegen dem externen Gutachten sieht die Kommission die Fehldiagnose aufgrund der Beweislastumkehr als ursächlich für den eingetretenen Schaden an.

Gu-10-02

Vermutet wurde eine Fehldiagnose, das nicht-Erkennen einer Meningoencephalitis. Tatsächlich ist diese Diagnose jedoch im Behandlungsverlauf frühzeitig dokumentiert, bei wirkungsloser Antibiotikatherapie erfolgte jedoch die Umstellung zu spät.

Rechtsmedizin

In den Datensätzen der Rechtsmedizin konnte lediglich in einem Fall ein Behandlungsfehler festgestellt werden. Bei diesem Fall (Re-10-06) aus der Gruppe der hämorrhagischen Krankheitsbilder wurde eine inadäquate Versorgungsstufe als Behandlungsfehler vermutet. Der Patient lag nach einer Kleinhirnblutung auf einer sog. „intermediate-care“ Einheit und nicht auf einer Intensivstation. Eine zwingende Versorgung auf Intensivstation wurde verneint, jedoch wurde eine mangelhafte Versorgung als Behandlungsfehler festgestellt, welche eine Verlegung der Atemwege durch Sekret mit hypoxischen Hirnschäden als Folge hatte.

In den Datensätzen der Gutachterstelle wurde in zwei Dritteln der gerügten Behandlungen eine Behandlung lege artis festgestellt, in einem Drittel (ca. 34 %) der Gutachterfälle konnten Fehler in der Behandlung der Patienten nachgewiesen werden. Ein Behandlungsfehler – ein Fehler der kausal einen Gesundheitsschaden verursachte – konnte allerdings nur in ca. 13 % der Fälle nachgewiesen werden.

Im Datenmaterial der Rechtsmedizin fällt der Unterschied noch diskrepanter aus. Während in ca. 80 % der Fälle eine Behandlung lege artis konstatiert wurde (im Umkehrschluss lag in 20 % der Fälle eine suboptimale Behandlung vor), so konnte lediglich ein Behandlungsfehler (ca. 1%) festgestellt werden.

Die Gründe für diese Diskrepanz werden im nächsten Abschnitt **5.5 Kausalitätsbeurteilungen** genauer untersucht werden.

5.5. Kausalitätsbeurteilungen

Der Kausalzusammenhang zwischen ärztlichem Fehler und dem Gesundheitsschaden des Patienten und somit der Konstitution eines Behandlungsfehlers war in der Gutachterstelle in elf Fällen gegeben. In der Rechtsmedizin konnte lediglich in einem Fall (Re-10-06) ein solcher Kausalzusammenhang festgestellt werden.

Die Fehler waren, falls bejaht, von relativer Einfachheit, d.h. es wurde gegen Leitlinien verstoßen, notwendige Untersuchungen nicht oder nicht rechtzeitig vorgenommen, falsche Diagnosen gestellt etc. In allen diesen Fällen wurde zumindest ein Kausalzusammenhang festgestellt. Inwieweit weitere Konstellationen mit daraus resultierender „doppelter Kausalität“, „kumulativer Kausalität“ oder „hypothetischer Kausalität“ vorlagen, wurde nicht weiter dargelegt oder untersucht, da das Ergebnis davon nicht betroffen war. In den Fällen, in denen die Kausalität jedoch nicht gegeben war oder unklar blieb, sind die Kausalitätsbegründungen aufschlussreich. Diese Fälle werden im Folgenden für beide Institutionen vorgestellt.

Gutachterstelle

In dreizehn Fällen (~ 15 %) war die Kausalität zwischen dem ärztlichen Fehler und dem vermuteten Gesundheitsschaden nicht gegeben.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Kausalitätsbegründungen:

Tabelle 6: Abgelehnte Kausalitäten in der Gutachterstelle

Fall	Erkrankung	Fehlerart	Problematic	Kausalitäts- Begründung
Gu-01-02	Mediainfarkt	Fehldiagnose	ACI-Stenose in Sonographie nicht erkannt	Subjektive Untersuchungsmethode.
Gu-02-04	Basilaris-Thrombose	Fehlmedikation	Progredienz des Krankheitsbildes trotz Therapie	Therapie häufig nicht erfolgsversprechend.
Gu-02-06	Basilaris-Thrombose	Fehldiagnose	Diagnose: TIA. Pat entwickelt Locked-In-Syndrom.	Konsequenzlos. Weitere Diagnostik /Therapie fehlerfrei.
Gu-04-09	Apoplex	Keine KH-Einweisung	KH-Aufenthalt nur empfohlen (strittig)	Therapie/Prophylaxe lege artis
Gu-05-02	Meningitis	Fehldiagnose	Symptome (strittig) sprachen für Diagnose	Zu kurze Zeitverzögerung, kein Gesundheitsschaden
Gu-05-03	ICB	Fehlmedikation	Anpassung Gerinnung, in Folge ICB.	Therapie hätte sich nicht geändert.
Gu-07-01	SHT	Fehldiagnose	Frontobasisfraktur erst nach 1d festgestellt.	Konservatives Vorgehen ist gerechtfertigt.
Gu-07-05	Meningitis	Fehldiagnose	Symptomatik als fieberhafter Infekt gewertet	Kein Gesundheitsschaden
Gu-08-09	Ponsinfarkt	Fehldiagnose	Fehldiagnose, keine KH-Einweisung	Adäquate Therapie mit < 10 % Erfolg
Gu-09-03	SAB	Zeitverzögerung	Bei V.a. SAB kein CCT, erst nach Krampfanfall	Nachblutung durch rechtzeitiges CCT nicht verhinderbar
Gu-09-12	Mediainfarkt	Fehlmedikation	Stroke, keine Verlegung nach Re-Infarkt	Re-Infarkt durch Verlegung nicht zu verhindern
Gu-10-09	SAB	Diagnostik unvollständig	KS vor 3d. V.a. SAB, kein CCT.	Diagnostische Sensitivität des CCT nicht sicher ausreichend
Gu-10-12	SHT	Diagnostik unvollständig	Sturz, kein CCT. 8d später kleine ICB (8mm)	Blutung wäre initial nicht zu erkennen /folgenlos gewesen.

In fünf Fällen (~ 6%) konnte die Kausalität nicht abschließend festgestellt werden, dies betraf die Fälle Gu-04-03, Gu-8-03, Gu-09-01, Gu-10-04 und Gu-10-08.

Tabelle 7 fasst die Ergebnisse zusammen:

Tabelle 7: Unklare Kausalitäten in der Gutachterstelle

Fall	Erkrankung	Fehlerart	Problematic	Kausalitäts-Begründung
Gu-04-03	Oligodendrogliom °III	Fehldiagnose	Quantifizierung des Gesundheitsschadens (schlechtere Heilungsaussicht, Frühverrentung) bei Therapieverzögerung	Anteilszweifel
Gu-08-03	Vestibularis-schwannom	Fehldiagnose	Quantifizierung des Gesundheitsschadens (Ertaubung vermeidbar?) bei Therapieverzögerung	Anteilszweifel
Gu-09-01	Meningokokken - meningitis	Fehldiagnose	Quantifizierung des Gesundheitsschadens (Ertaubung vermeidbar?) bei Therapieverzögerung	Anteilszweifel
Gu-10-04	Metastasiertes Melanom	Verzögerung / Therapiewahl	Hätte der OP-Termin aufgrund der Symptomatik früher erfolgen müssen? Outcome Not-OP vs elektiv-OP mit Angio bei Hirndruck unklar	Hypothetische Kausalität / Anteilszweifel
Gu-10-08	Ischämischer Insult	Fehlende KH-Einweisung / Hausbesuch	Aussage gegen Aussage	entfällt

Im Vergleich zu der Häufigkeit der einzelnen Krankheitskategorien sind die neoplastischen Erkrankungen in dieser Statistik deutlich überrepräsentiert. Der Grund hierfür ist in der Tabelle in der Spalte „Problematic“ ersichtlich: Bei allen drei Diagnosefehlern musste eine Beurteilung von potenziell verschlechterten Heilungsaussichten gegeben werden. Die Gutachterstelle ist in diesen Fällen sehr zurückhaltend bei der Quantifizierung und gibt keine abschließende Stellungnahme ab. Faktisch beruft sich die Gutachterkommission damit bei der Kausalitätsbeurteilung auf die Konstellation des Anteilszweifels.

Im letzten Fall zeigen sich die Limitationen eines jeden Gutachterverfahrens. Obwohl zweifelsohne ein ärztlicher Fehler festgestellt wurde, bleibt die Kausalität bei gegensätzlichen Aussagen unklar. Dies kann nur im Rahmen eines Gerichtsverfahrens unter eidesstattlicher Aussage geklärt werden.

Rechtsmedizin

Die Gutachten der Rechtsmedizin sind Teil von Strafprozessen, in denen das Gutachten bzw. die Gutachter als Sachverständige vorgeladen werden, um zur Klärung eines Verfahrens beizutragen. Gerade die Beurteilung der Kausalität zwischen Fehler und Gesundheitsschaden ist Gegenstand dieser Sachverständigentätigkeit und demzufolge ist eine explizite Stellungnahme erforderlich. Die vor Gericht geforderte Sicherheit diesbezüglich wird stets mit der Formulierung „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ angegeben. In den Fällen, in denen dies nicht möglich ist, gilt die Kausalität als verneint – in dubio pro reo. Daher waren im untersuchten Datensatz – im Gegensatz zu dem der Gutachterstelle – keine Fälle mit unklarer Kausalität.

In einem Gutachten (Re-05-12) wurde ein Fehler festgestellt, in der Beurteilung jedoch keine explizite Stellungnahme zur Kausalität vorgenommen. Aus welchen Gründen dies unterblieb, war aus den Unterlagen nicht nachzuvollziehen. Aus der Argumentation ist jedoch zu entnehmen, dass die Kausalität prinzipiell bejaht wurde, jedoch nicht mit der „an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ nachweisbar ist. Dementsprechend wurde für diesen Fall die Kausalität als verneint angenommen.

Tabelle 8: Abgelehnte Kausalitäten in der Rechtsmedizin

Fall	Erkrankung	Fehlerart	Problematic	Kausalitäts- Begründung
Re-01-03	Polytrauma / SHT	Fehldiagnose	Hämatothorax /Kalottenfraktur nicht diagnostiziert.	Krankheitsbild (SDH) hat hohe Restletalität.
Re-01-08	SHT °III	Verzögerung Diagnostik	Sturz, CCT blande (Fx übersehen). Kontroll-CCT bei Symptomatik erst am Folgetag.	Patient verstarb an Pneumonie, nicht an Folgen des SHT.
Re-02-03	SHT	Unvollständige Diagnostik	Sturz, konventionelles Röntgen. Fx übersehen, daher kein CCT.	Hirnödem kann nicht obligat entgegengewirkt werden. Restletalität.
Re-04-05	Medulloblastom	Verzögerung Therapie	Tumor diagnostiziert und OP-Termin festgelegt, Patient verstarb zwischenzeitlich.	Neurochir. OPs generell mit hohen Komplikationsraten, keine Studienlage vorhanden.
Re-05-04	SHT / SDH	Unvollständige Diagnostik	Sturz. Kein CCT. SDH.	Keine OP-Indikation bei Multimorbidität.
Re-05-09	SHT / ICB	Verzögerung Diagnostik	Wohl Z.n. Sturz. Bewusstlos aufgefunden. Initial kein CCT, erst nach 5h.	Keine Therapieoption.

Re-05-12	SHT °I / SDH	Unvollständige Diagnostik	Sturz. Kein CCT. Erneuter Sturz, Verlegung, CCT: SDH.	Initial Patient orientiert, keine OP-Indikation.
Re-06-07	SHT / SDH	Pflegefehler	Sturz. Hämatom occipital. Keine KH-Einweisung. Folgetag kein Besuch, Pat. verstarb.	Überlebenswahrscheinlichkeit nicht sicher gegeben.
Re-08-04	ICB	Unvollständige Therapie	Thrombozytopenie. Lediglich Termin, keine KH-Einweisung erfolgt. Sturz. ICB.	Blutung nicht durch Thrombozytopenie verursacht, nur im Progress begünstigt.
Re-09-09	SHT / ICB	Operative Therapie	Pat. fällt vom OP-Tisch, kein CCT. Vigilanzminderung Folgetag, CCT: ICB.	Wahrscheinlich keine Therapie-Option.
Re-09-11	SHT / ICB	Unvollständige Therapie	Sturz. Konventionell o.p.B. Kein CCT. Folgetag AZ-Verschlechterung, CCT: ICB.	Patient verstarb an Herzinfarkt, nicht Sturzfolge.
Re-10-09	SHT	Falsche Versorgungsstufe	Polytrauma, Normalstation, Hypophysenverletzung, Exsikkose.	Hirnverletzung ausgeprägt, Hirnödem nicht sicher zu verhindern.

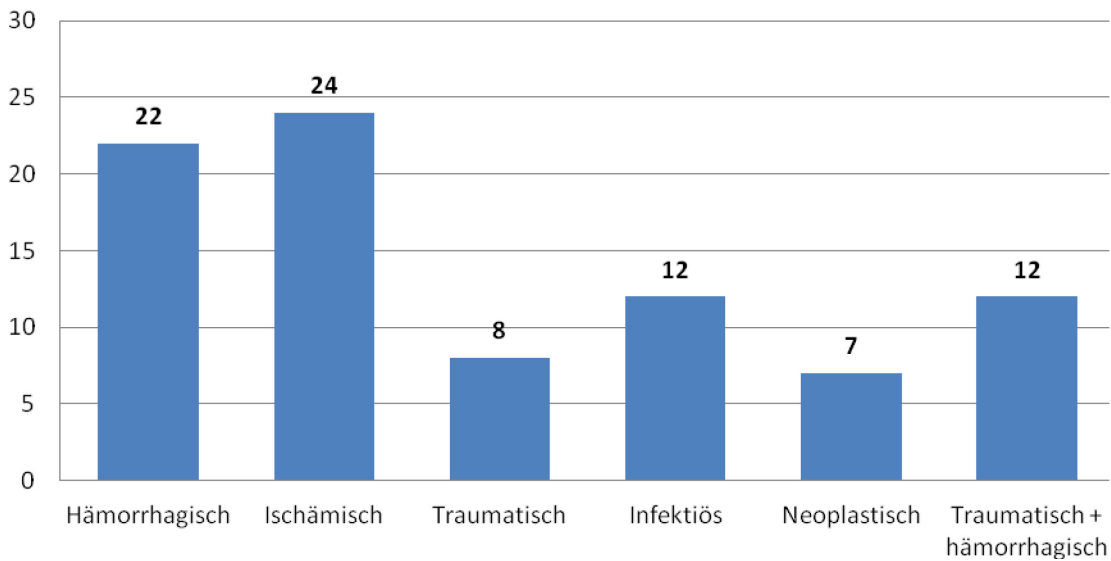
In vier Fällen (Re-01-05, Re-02-07, Re-03-05, Re-05-08) konnte das Vorliegen eines ärztlichen Fehlers nicht sicher festgestellt werden. In allen diesen Fällen wurde – unter hypothetischer Annahme eines Fehlers – die Kausalität jedoch verneint. In einem Fall lag kein Gesundheitsschaden vor, wodurch die Kausalität ebenfalls entfällt.

5.6. Krankheitsbilder

Gutachterstelle

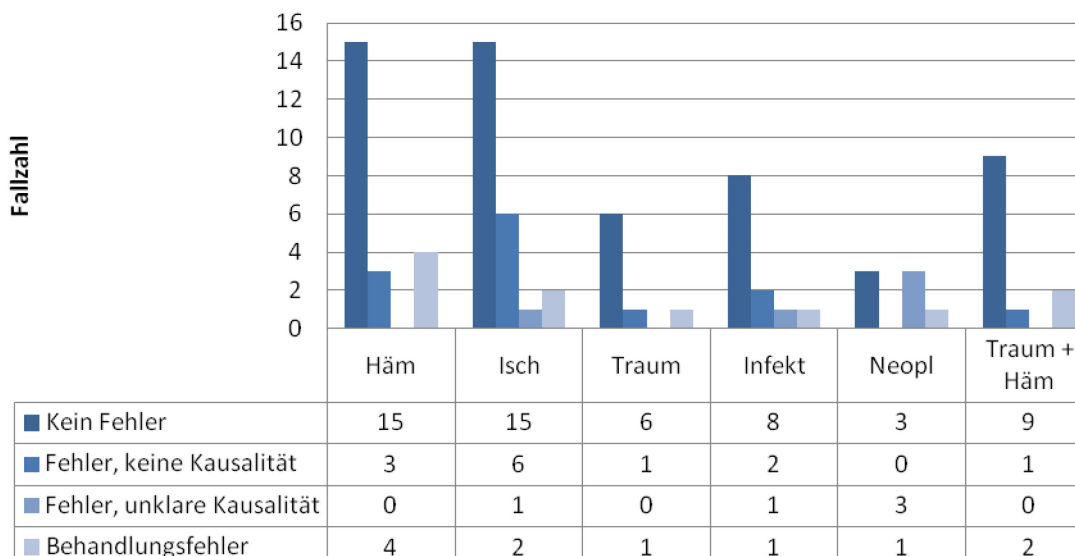
Wie eingangs erwähnt, können die sehr heterogenen Krankheitsbilder unter dem Dachbegriff der „neurocraniellen Befundkomplexe“ in fünf Kategorien eingeordnet werden. Die Häufigkeit dieser Krankheitskategorien – unter Berücksichtigung aller Antragsgegner – gibt Abbildung 12 wieder.

Abbildung 12: Einteilung der Gutachtensfälle nach Krankheitsbildern in der Gutachterstelle



Mit den Ergebnissen aus den vorangegangenen Kapiteln **5.4 Fehlerstatistik** und **5.5 Kausalitätsbeurteilungen** lassen sich die Fehler hinsichtlich der Krankheitskategorien wie folgt aufschlüsseln:

Abbildung 13: Einteilung der Fehlerstatistik nach Krankheitsbildern in der Gutachterstelle



Daraus lassen sich folgende Fehlerquoten ableiten:

Tabelle 9: Prozentuale Fehlerquoten in der Gutachterstelle

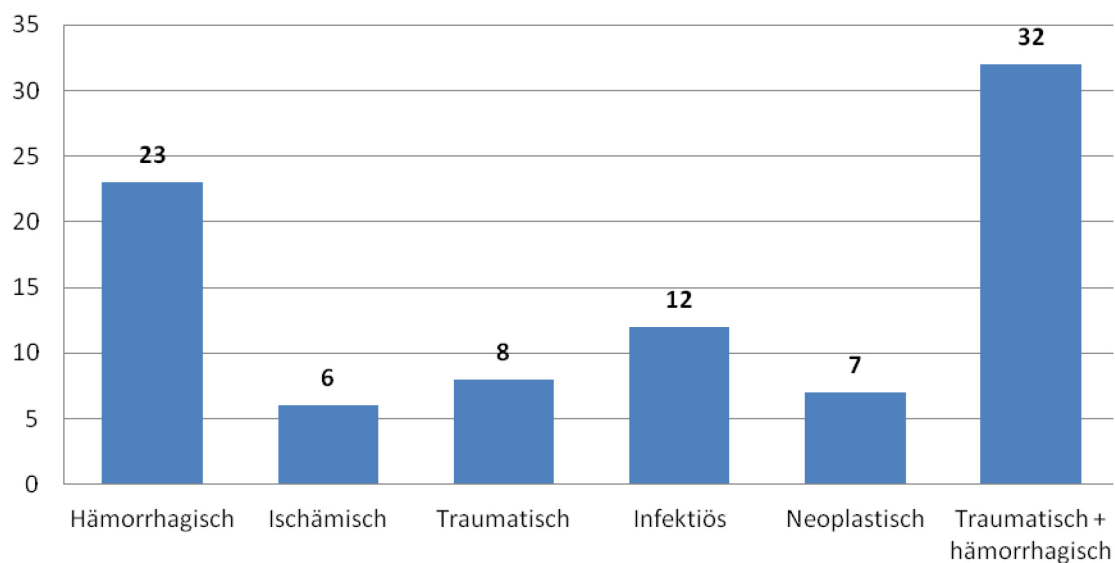
Kategorie	Kein Fehler	Fehler, keine Kausalität	Fehler, unklare Kausalität	Behandlungs- fehler
Hämorrhagisch	15 (~ 68 %)	3 (~ 14 %)	0 (= 0%)	4 (~ 18%)
Ischämisch	15 (~ 63%)	6 (= 25%)	1 (~ 4%)	2 (~ 8%)
Traumatisch	6 (= 75%)	1 (~ 13%)	0 (= 0%)	1 (~ 13 %)
Infektiös	8 (~ 67%)	2 (~ 17%)	1 (~ 8%)	1 (~ 8%)
Neoplastisch	3 (~ 43%)	0 (= 0%)	3 (~ 43%)	1 (~ 14%)
Traumatisch + hämorrhagisch	9 (= 75%)	1 (~ 8%)	0 (= 0%)	2 (~ 17%)

Auffallend ist der niedrige Anteil an fehlerlosen Behandlungen bei neoplastischen Krankheitsbildern im Vergleich zu den anderen Gruppen. Damit einhergehend war jedoch nicht die Zahl der Behandlungsfehler, sondern die der Fehler mit unklarer Kausalität deutlich erhöht.

Rechtsmedizin

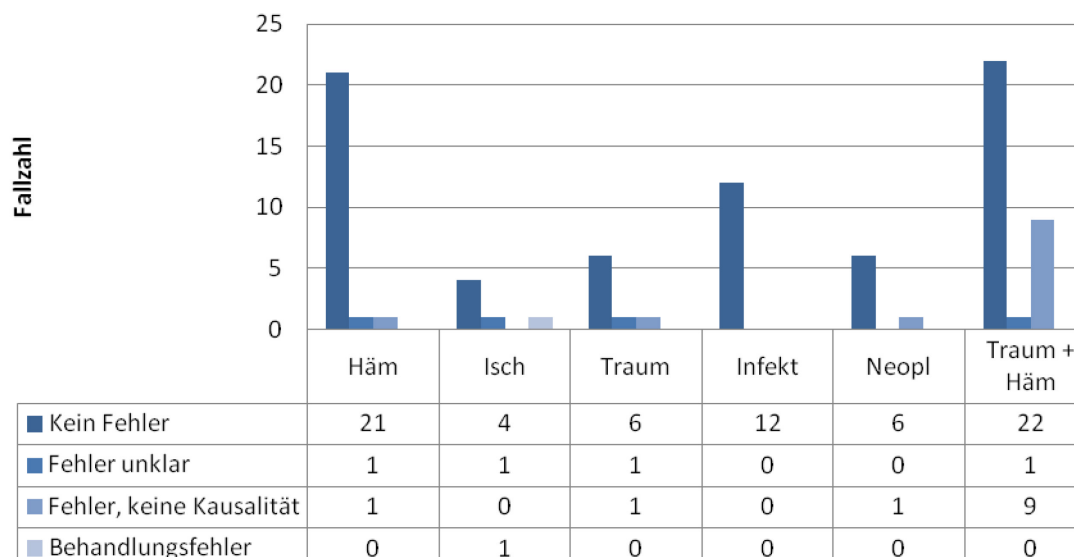
Analog lassen sich auch die 88 Fälle aus dem Institut für Rechtsmedizin in die Krankheitskategorien einsortieren:

Abbildung 14: Einteilung der Gutachtensfälle nach Krankheitsbildern in der Rechtsmedizin



Auffallend ist dabei die hohe Fallzahl in der Kategorie „Traumatisch und Hämorrhagisch“, die mit einem $X^2 = 6,781$ statistisch signifikant war. Die Aufschlüsselung hinsichtlich der einzelnen Fehlergruppen liefert Abbildung 15:

Abbildung 15: Einteilung der Fehlerstatistik nach Krankheitsbildern in der Rechtsmedizin



Daraus lassen sich folgende Fehlerquoten ableiten:

Tabelle 10: Prozentuale Fehlerquoten in der Rechtsmedizin

Kategorie	Kein Fehler	Fehler unklar	Fehler, keine Kausalität	Behandlungsfehler
Hämorrhagisch	21 (~ 91 %)	1 (~ 4 %)	1 (= 4 %)	0 (= 0 %)
Ischämisch	4 (~ 67 %)	1 (~ 17 %)	0 (= 0 %)	1 (~ 17 %)
Traumatisch	6 (= 75 %)	1 (~ 13 %)	1 (= 13 %)	0 (= 0 %)
Infektiös	12 (= 100 %)	0 (= 0 %)	0 (= 0 %)	0 (= 0 %)
Neoplastisch	6 (~ 86 %)	0 (= 0 %)	1 (~ 14 %)	0 (= 0 %)
Traumatisch + hämorrhagisch	22 (= 69 %)	1 (~ 3 %)	9 (= 28 %)	0 (= 0 %)

5.7. Fachgebiete

5.7.1. Vermutete Behandlungsfehler

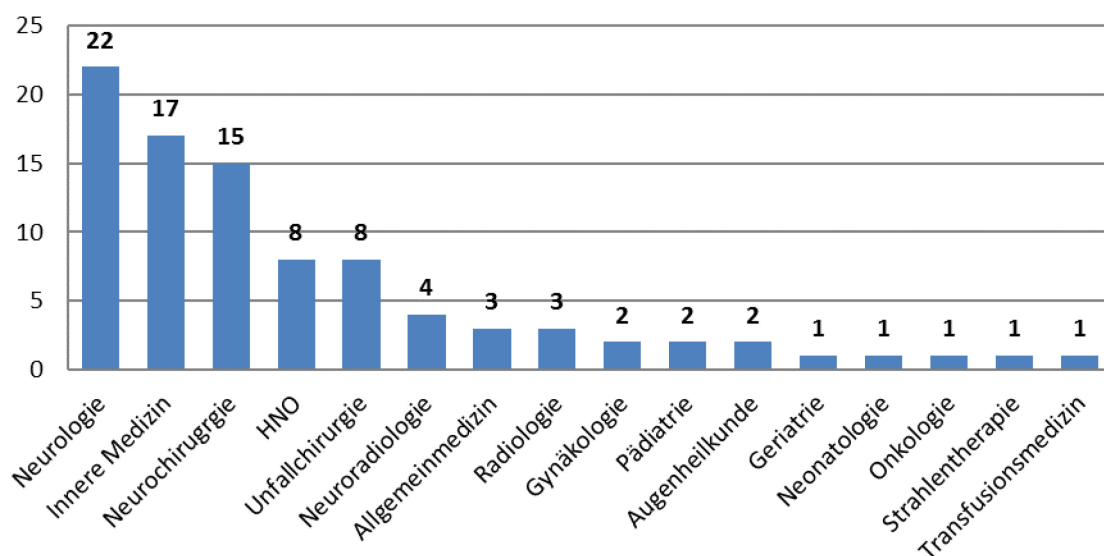
„In welchen Fachgebieten wurden am häufigsten Behandlungsfehler vermutet?“

Gutachterstelle

Die Einordnung der untersuchten Fälle zu den einzelnen Fachdisziplinen orientiert sich an den zugrundeliegenden Gutachten, d.h. wenn ein Fall vom zuständigen Kommissionsmitglied dem Fachgebiet der Allgemeinmedizin zugeordnet wurde und ein fachärztliches Gutachten der Allgemeinmedizin erstellt wurde, so wird auch im Folgenden diese Zuordnung beibehalten. In einigen Fällen wurden jedoch mehrere Fachdisziplinen mit einem Gutachtensauftrag bedacht, daher liegen bei 74 Gutachtensaufträgen insgesamt 83 Gutachten vor. Die Gesamtheit von 91 Gutachten ergibt sich aufgrund folgender Gegebenheiten (analog zu den Ausführungen in Kapitel 5.3. Allgemeine Ergebnisse):

Wurden zwei Antragsgegner verschiedener Disziplinen im selben Gutachtensauftrag geführt (z.B. Gu-03-04: Innere Medizin und Radiologie), so erhöhte sich die Fallzahl nicht, waren jedoch mehrere Antragsgegner derselben Disziplin in einem Gutachten aufgeführt (z.B. Gu-04-02: drei AG aus der Unfallchirurgie), so wurden diese mehrfach gezählt. Unter Berücksichtigung dieser Ausführung zeigen die vermuteten Behandlungsfehler in der Gutachterstelle folgende Häufigkeitsverteilung in den einzelnen Fachgebieten:

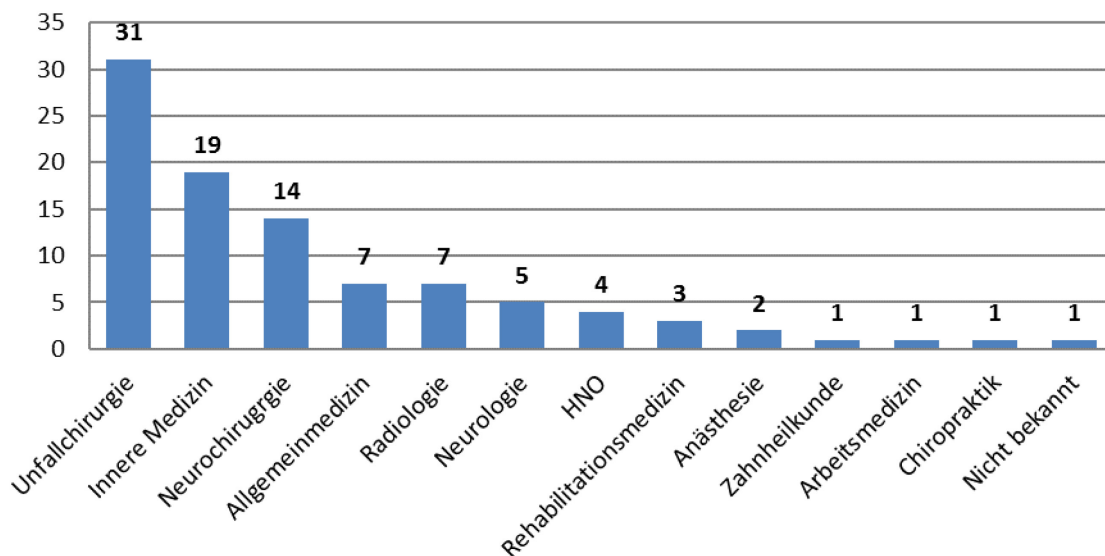
Abbildung 16: Vermutete Behandlungsfehler in der Gutachterstelle nach Fachdisziplinen



Rechtsmedizin

Eine Einordnung der Fälle in die jeweiligen Fachgebiete erfolgte von Seiten der Rechtsmedizin – im Gegensatz zur Gutachterstelle – nicht. Diese Einordnung wurde selbständig, jedoch anlog zu den Kriterien in der Gutachterstelle selbst vorgenommen. Lagen zusätzliche Gutachten vor oder wurden veranlasst, so wurden diese Fachdisziplinen mitberücksichtigt.

Abbildung 17: Vermutete Behandlungsfehler in der Rechtsmedizin nach Fachdisziplinen



5.7.2. Festgestellte Behandlungsfehler

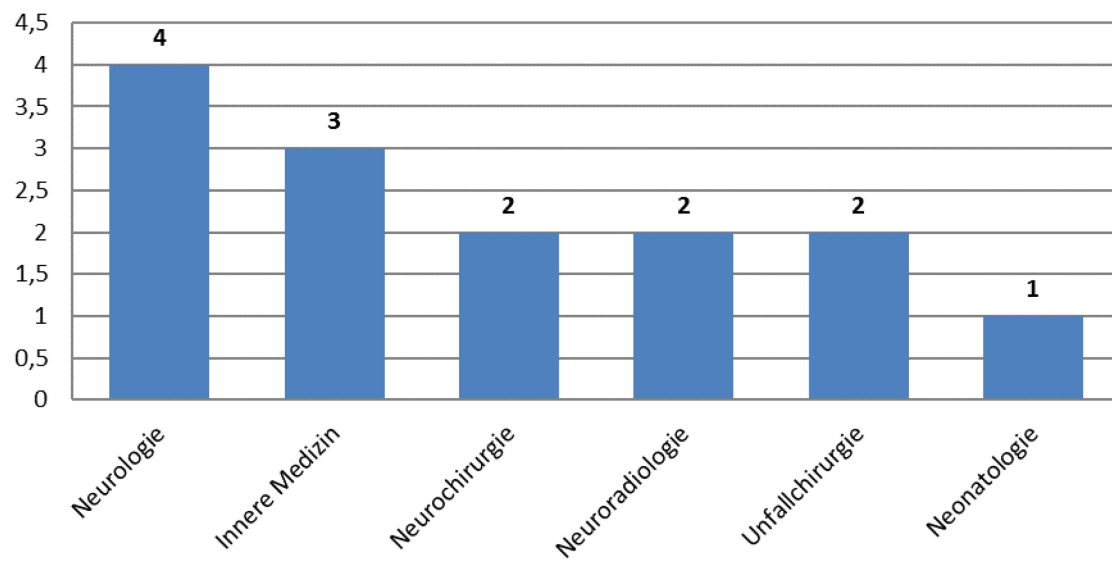
Analog zu den Ausführungen bei den vermuteten Behandlungsfehlern waren auch bei den festgestellten Behandlungsfehlern teilweise mehrere Fachdisziplinen involviert, daher ist die Frage nach Fehlern in den einzelnen Fachgebieten besser folgendermaßen zu stellen:

„Welche Fachgebiete waren beim Auftreten eines Behandlungsfehlers involviert?“

In der Rechtsmedizin wurde lediglich ein Behandlungsfehler festgestellt, dieser war ein Diagnosefehler von Seiten der Neuroradiologie.

Für die Gutachterstelle zeigt Abbildung 18 die Häufigkeitsverteilung:

Abbildung 18: Festgestellte Behandlungsfehler in der Gutachterstelle nach Fachdisziplinen



5.8. Spezielle Fälle

Bei der Auswertung des Datenmaterials stechen drei Krankheitsbilder aus der Gesamtheit der Fälle heraus, sei es durch ihre Häufigkeit, ihre ausführlichen gutachterlichen Stellungnahmen oder durch die Zahl der Fehldiagnosen.

5.8.1. Transitorische ischämische Attacke

Der Begriff der transitorisch ischämischen Attacke (TIA) wurde erstmals 1975 schriftlich definiert:

„[...] These are episodes of temporary and focal cerebral dysfunction of vascular origin, which are variable in duration, commonly lasting from 2 to 15 minutes, but occasionally lasting as long as a day (24 hours). They leave no persistent neurological deficit”⁷⁸

Diese Definition wurde auch in den folgenden Jahrzehnten ohne relevante Änderungen von Seiten der World Health Organisation (WHO) und den in Deutschland zuständigen medizinischen Fachgesellschaften verwendet⁷⁹.

Entscheidendes Merkmal dieser Definition – in Abgrenzung zu einem ischämischen Schlaganfall – ist die Feststellung, dass eine TIA spätestens nach 24 Stunden ohne persistierende neurologische Defizite abgelaufen ist. In den folgenden Fällen wurde die Diagnose einer TIA gestellt, obwohl sich die Symptomatik nach 24 Stunden nicht vollständig zurückgebildet hatte oder die initialen 24 Stunden noch nicht abgelaufen waren:

Gu-01-02, Gu-02-06, Gu-04-09, Gu-05-01.

In der Kategorie der ischämischen Krankheitsbilder wurden insgesamt nur neun Fehler festgestellt (davon zwei Behandlungsfehler). Damit ist die Diagnose einer TIA die häufigste Fehldiagnose in den ausgewerteten Fällen.

⁷⁸ Advisory council for the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, 1975, S. 567.

⁷⁹ Tunstall-Pedoe for The World Health Organization MONICA Project, 1988, S.105-114.

5.8.2. Ischämischer Schlaganfall

Bei der Auswertung der vermuteten Behandlungsfehler stechen zwei Fälle aus der Kategorie der Ischämien hervor: Im Datensatz der Gutachterstelle der Fall Gu-01-02 und im Datensatz der Rechtsmedizin der Fall Re-01-01.

Die beiden Fälle weisen einige Gemeinsamkeiten auf:

In beiden Fällen lag ein ischämischer Schlaganfall vor. Die Behandlung erfolgte weder im Krankenhaus noch in einer Arztpraxis. Bei beiden Patienten lagen kardiologische Vorerkrankungen vor. In beiden Fällen wurde initial der Schlaganfall nicht diagnostiziert, es erfolgte – abgesehen von einer Blutdruckmessung – keine kardiologische Diagnostik und initial keine Krankenhauseinweisung.

Unterschiede zwischen den beiden Fällen:

Der Patient (A) im Fall der Gutachterstelle wies eine deutlich schwerere kardiologische Vorerkrankung auf und hatte bereits zwei Herzinfarkte und einen ischämischen Schlaganfall, während der Patient (B) in der Rechtsmedizin lediglich einen Bluthochdruck als Vorerkrankung aufwies. Die Symptomatik einer Hemiparese war bei Patient A initial stark ausgeprägt und besserte sich im Verlauf, bei Patient B zeigte sich eine Zunahme der Symptomatik. Bei Patient B erfolgte bei Verschlechterung der Symptomatik eine Krankenhauseinweisung nach einer Stunde.

Im Fall der Gutachterstelle wurde das Vorliegen eines Behandlungsfehlers bejaht, da die gestellte Diagnose der TIA falsch war, die Untersuchung unvollständig und eine Krankenhauseinweisung erforderlich war.

Im Fall der Rechtsmedizin wurde ein Behandlungsfehler verneint, da prinzipiell nicht jeder Patient einer Lyse-Therapie zugänglich ist, die Lyse-Therapie prinzipiell nur eine Besserungschance in der Behandlung darstellt und ihrerseits wiederum mit Risiken behaftet ist.

5.8.3. Frühsommer-Meningoencephalitis

In der Gutachterstelle lag in zwei Fälle (Gu-02-02 und Gu-03-03) das Krankheitsbild der Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) vor.

In beiden Fällen konnte das Vorliegen eines Behandlungsfehlers letztendlich nicht bestätigt werden. Auffallend sind jedoch die Bewertungskriterien der Gutachter:

Im erstem Fall (Gu-02-02) geht der Gutachter ausführlich auf die epidemiologischen Gegebenheiten der FSME ein (Risikogebiet, Jahreszeit), um die Wahrscheinlichkeit einer Infektion durch den stattgehabten Zeckenbiss zu evaluieren. Anschließend wird auf das Ziel ärztlichen Handelns in solchen Fällen sowie auf den Nutzen und die Notwendigkeit einer Postexpositionsprophylaxe (PEP) eingegangen.

Im zweiten Fall (Gu-03-03) war der Zeckenbiss bereits Wochen vorher erfolgt und von Seiten des Gutachters wurde auf die bestehenden Symptome und ihrer Vereinbarkeit mit der Diagnose „Gastroenteritis mit Cephalgien“ eingegangen. Insbesondere auf den zeitlichen Verlauf und die Notwendigkeit einer alternativen Diagnose bzw. weiterer diagnostischer Maßnahmen wurde diskutiert.

5.9. Weitere Fragestellungen

In den bisherigen Ausführungen wurden die juristischen Voraussetzungen, die Prüfungsverfahren und mögliche Konsequenzen bei der Feststellung ärztlicher Behandlungsfehler kurz vorgestellt. Die zwei rechtlichen Möglichkeiten zur Klärung eines vermuteten Behandlungsfehlers wurden anhand der Gutachterstelle und des Instituts für Rechtsmedizin als Vertreter der zivilrechtlichen und strafrechtlichen Prüfung vorgestellt. Aus diesen unterschiedlichen Rollen resultieren selbstverständlich auch unterschiedliche Wahrnehmungen der Institutionen in der Öffentlichkeit und daraus spezifische Fragestellungen an die eigene Arbeit. Auf diese – für die jeweilige Institution unterschiedlichen – Fragestellungen wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

5.9.1. Gutachterstelle

Die Gutachterstelle ist bei der bayerischen Landesärztekammer als Vertreterin der Ärzteschaft angesiedelt. Aufgrund dieser Situation sieht sich die Institution teilweise dem Vorwurf der Voreingenommenheit ausgesetzt, da die notwendige Neutralität bei der Begutachtung nicht

gewährleistet sei. Um diesen Bedenken Rechnung zu tragen, werden im Folgenden einige ausgewählte Hypothesen getestet.

Anwaltliche Vertretung

Hintergrund der Prüfung ist die Tatsache, dass viele Antragsteller sich bereits bei der Aufnahme eines Gutachterverfahrens anwaltlich vertreten lassen. Dies ist für den Gutachtensablauf jedoch nicht erforderlich und die Kosten werden auch nicht von den Krankenkassen oder der Gutachterstelle übernommen. Sicherlich mag es eine Vielzahl an Gründen für die anwaltliche Vertretung geben – aus der Werbung bekannte Fachanwälte für Medizinrecht als erste Anlaufstelle, eine notwendige Unterstützung bei der Formulierung von Sachverhalten et cetera – jedoch bleibt ein finanzieller Mehraufwand für die Antragsteller. Daher wird im Folgenden untersucht, ob sich dieser finanzielle Mehraufwand in einem statistisch signifikanten Unterschied in der Feststellung eines Behandlungsfehlers niederschlägt.

Nullhypothese:

H₀: Es besteht kein Unterschied bei der Häufigkeit eines festgestellten Behandlungsfehlers zwischen Antragstellern mit und ohne anwaltliche Vertretung.

Tabelle 11: 4-Felder-Tafel anwaltliche Vertretung

Anwaltliche Vertretung	Behandlungsfehler		Σ
	Ja	Nein	
Ja	7	38	45
Nein	4	36	40
Σ	11	74	85

Damit ergibt sich:

$$X^2 = (7-5,8)^2/5,8 + (38-39,2)^2/39,2 + (4-5,2)^2/5,2 + (36-34,8)^2/34,8$$

$$X^2 = 0,60 < 3,84.$$

Somit kann die Nullhypothese nicht verworfen werden. Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied bei der Häufigkeit der festgestellten Behandlungsfehler zwischen Antragstellern mit und ohne anwaltliche Vertretung.

Geschlecht

Interessant für die Gutachterstelle ist die Frage, ob sich das Geschlecht auf die Häufigkeit der Antragstellung auswirkt. Eine solche Untersuchung wurde jedoch aus zwei Gründen nicht durchgeführt:

Erstens liegt bereits eine Verzerrung in der Grundgesamtheit der behandelten Patienten vor, da Männer insgesamt häufiger stationär behandelt werden als Frauen (siehe **Abbildung 4, Kapitel 5.3.2. Altersstruktur**). Zweitens zeigen die Datensätze, dass viele Antragsteller durch den Ehepartner oder durch die Kinder vertreten werden, möglicherweise aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen. Dies ist jedoch ein Hinweis darauf, dass eine solche Entscheidung selten von einer Person alleine, sondern vielmehr im Kreis der engsten Familie gemeinsam getroffen wird. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Untersuchung, die auch lediglich einen statistischen Zusammenhang, d.h. eine Korrelation, und keine Kausalität aufzeigen kann, nicht zielführend.

Versorgungsstufe

Ein in den Sachverhaltsanträgen häufig formulierter Vorwurf betrifft die Versorgungsstufe, wobei der stationären Versorgung eine erhöhte Fehlerquote unterstellt wird.

Nullhypothese:

H₀: Die Versorgungsstufe (ambulant versus stationär) hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit eines festgestellten Behandlungsfehlers.

Tabelle 12: 4-Felder-Tafel Versorgungsstufe

Versorgungsstufe	Behandlungsfehler		Σ
	Ja	Nein	
Ambulant	1	23	24
Stationär	10	51	61
Σ	11	74	85

Damit ergibt sich:

$$X^2 = (1-3,1)^2/3,1 + (23-20,9)^2/20,9 + (10-7,9)^2/7,9 + (51-53,1)^2/53,1$$

$$X^2 = 2,27 < 3,84.$$

Somit kann die Nullhypothese nicht verworfen werden. Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied bei der Häufigkeit der festgestellten Behandlungsfehler zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung.

Krankheitsbilder

Als letztes soll untersucht werden, ob die Komplexität der Krankheitsbilder einen Einfluss auf die Fehlerquote hat. Da die Komplexität nur schwer zu messen und zu kategorisieren ist, werden subsidiär – bei Unterstellung einer Komplexitätszunahme bei kombinierten Krankheitsbildern – die Krankheitskategorien „Traumatische Verletzungsbilder“, „Hämorrhagische Krankheitsbilder“ sowie die Kombination dieser beiden Kategorien (siehe zur Einteilung **Kapitel 2.2 Krankheitsbilder**) gegenübergestellt.

Nullhypothese:

H₀: Behandlungsfehler treten in den drei Krankheitskategorien SHT, Blutung und SHT + Blutung gleich häufig auf.

Tabelle 13: Mehrfelder-Tafel Krankheitskategorien

Krankheitskategorie	Behandlungsfehler		Σ
	Ja	Nein	
SHT	1	7	8
Blutung	4	18	22
SHT + Blutung	2	10	12
Σ	7	35	42

In diesem Fall ist der Chi-Quadrat-Test jedoch nicht mehr geeignet, da die erwarteten Häufigkeiten in mehr als einem Fall unter dem Absolut-Wert von fünf liegen und die Kontingenztafel 3 x 2 Felder aufweist⁸⁰. Eine Möglichkeit der Analyse im Falle einer $k \times m$ – Kontingenztabelle bietet der Freeman-Halton-Test⁸¹. Mit diesem Test ergibt sich die Wahrscheinlichkeit für genau diese Tabelle mit $p=0.1$, die Wahrscheinlichkeit für eine „extremere“ Verteilung der Tabellenwerte beträgt in der Summe $p=1.0$. Damit wird die Nullhypothese bestätigt.

⁸⁰ Vgl. Backhaus K, 2008, S. 225-251.

⁸¹ Vgl. Bortz J, 1998, S. 81-88.

5.9.2. Rechtsmedizin

Die Aufgaben des Instituts für Rechtsmedizin reichen über die Erstellung von Gutachten bei der Beurteilung von ärztlichen Behandlungsfehler hinaus. Im Folgenden werden drei zusätzliche Fragestellungen, die insbesondere die Rechtsmedizin betreffen, gesondert untersucht.

Gesundheitsschaden

In Kapitel 5.4 Fehlerstatistik wurde gezeigt, dass ein statistisch signifikanter Unterschied in der Zahl an Behandlungsfehlern zwischen den beiden Institutionen vorlag bei 11 festgestellten Behandlungsfehlern in der Gutachterstelle und lediglich einem Behandlungsfehler in der Rechtsmedizin. Als mögliche Ursachen für diese Differenz wurden die unterschiedlichen Aufgaben und Zielsetzungen und die dadurch unterschiedlichen zu Grunde liegenden Rechtsgebiete (Zivilrecht versus Strafrecht) angeführt. Hier soll untersucht werden, ob auch ein Unterschied in der Schwere der Krankheitsbilder selbst vorlag, der die Differenz in den festgestellten Behandlungsfehlern erklären könnte. Als Maß für die Schwere der Krankheitsbilder wird hierbei die Letalität herangezogen.

Nullhypothese:

H₀: Die Zahl an Krankheitsverläufen mit Todesfolge war in den beiden Institutionen gleich häufig.

Tabelle 14: 4-Felder-Tafel Krankheitsverläufe mit Todesfolge

Institution	Todesfolge		Σ
	Ja	Nein	
Gutachterstelle	11	63	74
Rechtsmedizin	69	6	75
Σ	80	69	149

Damit ergibt sich:

$$X^2 = (11-39,7)^2/39,7 + (63-34,3)^2/34,3 + (69-40,3)^2/40,3 + (6-34,7)^2/34,7$$

$$X^2 = 88,8 > 3,84.$$

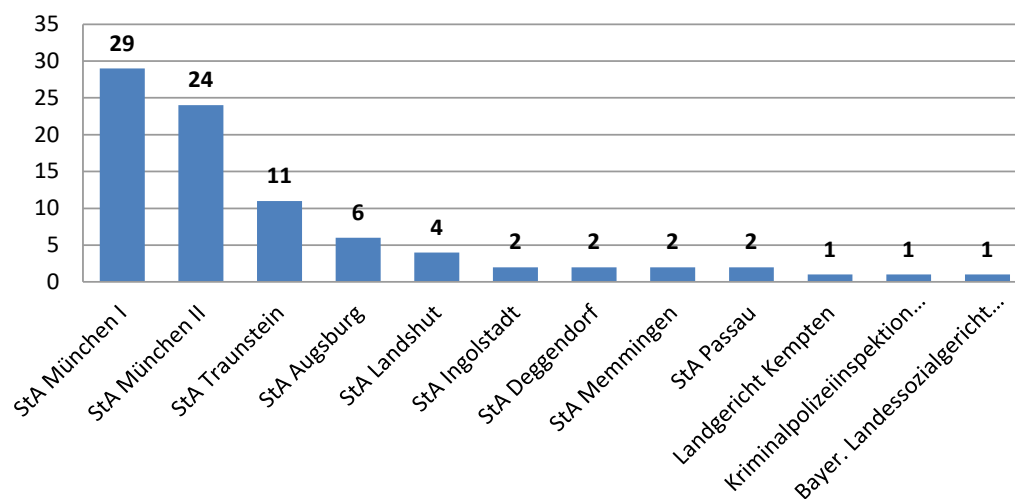
Die Nullhypothese muss abgelehnt werden. Es besteht statistisch ein deutlich signifikanter Unterschied bei der Zahl an Behandlungsverläufen mit tödlichem Ausgang. Es ist davon

auszugehen, dass die vorliegenden Krankheitsbilder – obwohl sie den gleichen Krankheitskategorien zuzuordnen waren – in der jeweiligen Schwere deutlich divergierten. Es ist nachvollziehbar, dass die eindeutige Zuordnung einer Kausalität zwischen Fehler und Gesundheitsschaden mit zunehmender Schwere und Komplexität der Krankheitsbilder abnimmt. Dies relativiert den Einfluss der Rechtsgebiete und ihre unterschiedlichen Anforderungen an die Kausalitätsbeurteilungen bei der Feststellung von Behandlungsfehlern.

Einzugsgebiete

Die Durchführung einer gerichtsmedizinischen Untersuchung und einer Gutachtenserstellung erfolgte auf Antrag der Staatsanwaltschaften. Dabei zeigte sich folgende Verteilung innerhalb des Einzugsgebietes in Bayern:

Abbildung 19: Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin



Es werden ca. 40 % der bearbeiteten Gutachten von Staatsanwaltschaften ausserhalb des Großraums Münchens angeregt. Dies spiegelt die „gerichtsmedizinische Versorgung“ – eine der Hauptaufgaben der rechtsmedizinischen Institute – in den Regionen Oberbayern, Schwaben und Niederbayern eindrücklich wieder.

Unterlassene Hilfeleistung

Aufgrund der eingangs erwähnten Aufgaben des Instituts für Rechtsmedizin befassten sich einige Gutachten mit anderweitigen Fragestellungen. Dabei wurden all die Gutachten nicht berücksichtigt, in denen es um die Beurteilung einer potenziell lebensgefährlichen Verletzung beziehungsweise eines potenziell lebensgefährlichen Tatmechanismus ging, da diese vitale Gefährdung in den untersuchten Gutachten stets bejaht wurde.

Folgende Fälle und Fragestellungen wurden dabei untersucht:

Re-01-04: unterlassene Hilfeleistung versus fahrlässige Tötung?

Re-05-01: Totschlag vs. Körperverletzung?

Re-05-05: Totschlag vs. Körperverletzung?

Re-05-11: Unterlassene Hilfeleistung versus fahrlässige Tötung?

Re-06-03: Unterlassene Hilfeleistung?

Re-07-07: Unterlassene Hilfeleistung?

Re-09-04: Unterlassene Hilfeleistung?

Re-09-06: Unterlassene Hilfeleistung?

Re-10-01: Unterlassene Hilfeleistung?

Re-10-03: Unterlassene Hilfeleistung vs. Körperverletzung?

In diesen zehn Fällen wurden folgende Hilfsmittel herangezogen:

Tabelle 15: Hilfsmittel der Beweisaufnahme bei anderen Fragestellungen

Hilfsmittel	Absolute Anzahl	Relative Häufigkeit (in %)
KH- / Ermittlungsakten	10	= 100
Zusätzl. Gerichtsprotokolle	0	= 0
Obduktion	8	= 80
Davon Leichenöffnung	1	= 10
Feingewebliche Zusatzuntersuchungen	2	= 20
Zusätzl. Histologische Untersuchungen	1	= 10
Zusatzgutachten	1	= 10
Zusätzl. empfohlen	0	= 0
Toxikologische Untersuchungen	0	= 0
Blutalkohol-Berechnungen	4	= 40
Blutzuckerbestimmungen	0	= 0
Körperliche Untersuchung	1	= 10

Vergleicht man die bei diesen Fragestellungen verwendeten Untersuchungen mit denen der **Tabelle 1: Hilfsmittel der Beweisaufnahme**, so wird deutlich, dass sich die erforderlichen Hilfsmittel nicht signifikant unterscheiden. Das zentrale Element für die Beweisführung ist die Obduktion, die über alle Fragestellungen hinweg in 80 Prozent der Fälle erfolgte.

6. Diskussion

Die bisherigen Ausführungen sollen im Folgenden im Hinblick auf die gewählte Vorgehensweise und die angewandten Methoden anhand der vorgestellten Ergebnisse diskutiert werden. Dabei sollen sowohl die Stärken und Schwächen der Arbeit, die Limitation als auch die generelle Einordnung und Bedeutung der Ergebnisse kritisch gewürdigt werden.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Für diese Arbeit wurden medizinische Gutachten über neurocranielle Krankheitsbilder bei vermuteten Behandlungsfehlern aus der Gutachterstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer und dem Institut für Rechtsmedizin der LMU München ausgewertet. Die Auswertung dieser Gutachten über den Zeitraum von einer Dekade lieferte folgende Hauptergebnisse:

Der Anteil der vermuteten Behandlungsfehler war sowohl in Bezug auf die Grundgesamtheit der erfolgten Behandlungen in diesem Zeitraum als auch in Bezug auf die Zahl der vermuteten Behandlungsfehler sehr gering.

In beiden Institutionen konnten in der Mehrheit die vermuteten Behandlungsfehler nicht bestätigt werden. In der Gutachterstelle konnte in etwa bei einem Drittel der Fälle ein Behandlungsfehler festgestellt werden, in der Rechtsmedizin lag lediglich in einem Fall ein Behandlungsfehler vor. Diese Ergebnisse decken sich mit vergleichbaren Erhebungen wie beispielsweise von Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Darüber hinaus konnten jedoch in beiden Institutionen ärztliche Fehler im Behandlungsprozess festgestellt werden, die jedoch aufgrund fehlender oder unklarer Kausalität keine justiziablen Behandlungsfehler darstellten.

Im Vergleich zwischen den Institutionen lässt sich eine weitestgehende Übereinstimmung in den Bewertungskriterien feststellen. Die Kausalität wurde – wie zu erwarten – in der Rechtsmedizin deutlich enger ausgelegt.

Innerhalb der Institutionen zeigte sich eine Konsistenz hinsichtlich der Bewertungskriterien und Kausalitätsbeurteilungen. Lediglich beim Krankheitsbild des akuten ischämischen Schlaganfalls zeigte sich in einigen Fällen eine Divergenz.

Die häufigsten Fehler beruhten auf Fehldiagnosen. Die häufigste Fehldiagnose wiederum war die Transitorische ischämische Attacke (TIA).

6.3. Stärken und Schwächen

Diese Arbeit weist – bedingt durch die nachfolgend aufgezeigten systemimmanenten Abläufe – einige Schwächen und Limitationen auf. Die evidenteste Schwäche stellt das Datenmaterial dar, welches aus dem Zeitraum von 2001-2010 stammt und somit nicht mehr aktuell erscheint. Gerade im Hinblick auf die sich stetig fortentwickelnden diagnostischen und therapeutischen Vorgehen kann diese Einschränkung von Bedeutung sein. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Datenerhebung für diesen Zeitraum aufgrund der Verfahrensdauer von bis zu zwei Jahren erst 2012 abgeschlossen werden konnte. Diese – im Gutachterprozess selbst – begründete Einschränkung relativiert die scheinbar fehlende Aktualität des Datenmaterials.

Ein weiterer Schwachpunkt ist die geringe Fallzahl der Gutachten, insbesondere bezogen auf konkrete Diagnosen wie beispielsweise einen ischämischen Schlaganfall.

Eine große Beschränkung der Arbeit liegt in der Tatsache begründet, dass keine Gerichtsurteile für eine Auswertung zur Verfügung standen. Daher konnte nicht herausgefunden werden, inwiefern es überhaupt zu einem Gerichtsprozess kam – gerade die Gutachterstelle hat es sich ja zum Ziel gesetzt, eine aussergerichtliche Einigung zu ermöglichen – und ob und in wie vielen Fällen das Gericht dem Votum nicht folgte. Das mögliche Spannungsverhältnis von Votum und tatsächlicher Rechtssprechung muss insofern ausgeblendet bleiben. In vergleichbaren Arbeiten konnte jedoch eine hohe Akzeptanz von Gutachtervoten nachgewiesen werden, die letztendlich zum Ausbleiben von Gerichtsverhandlungen führten.⁸²

⁸² Vgl. Laum HD, 2003, S.10-13.

Die Stärken dieser Arbeit liegen jedoch ebenso wie die angeführten Schwachpunkte im Datenmaterial begründet. Die Gutachterstelle bei der BLAEK ist die einzige ihrer Art in Bayern, d.h. es wurden alle über eine Dekade veranlassten Gutachterverfahren im Freistaat Bayern einbezogen. Auch das Institut für Rechtsmedizin der LMU München ist neben Erlangen/Nürnberg und Würzburg die größte der drei Institutionen, die alle gerichtsmedizinischen Gutachten im zweitbevölkerungsreichsten Bundesland Deutschlands erstellen. Daraus ergibt sich eine hohe Relevanz der Gutachten und Gutachtensverfahren landesweit.

Darüber hinaus ist die hier vorgenommene Untersuchung nach dem Wissen des Autors die bisher einzige Arbeit, die sowohl einen direkten Vergleich zwischen den beiden Institutionen als auch eine Auswertung über so einen langen Zeitraum vorgenommen hat.

6.4 Diskussion der Methoden

Die dieser Arbeit zugrundeliegenden Methoden wurden frei gewählt, die daraus resultierenden Vor- und Nachteile werden anhand der einzelnen Verfahrensschritte analysiert.

Datenerhebung

Generell erfolgte die Erhebung der Daten – wie in Kapitel **1.2 Methodik** ausgeführt – überwiegend durch eine manuelle Sichtung und Auswertung der Gutachten in den beiden Institutionen. Daher sind alle Limitationen eines solchen Vorgehens hinsichtlich Vollständigkeit und Fehlerhaftigkeit zu berücksichtigen. Eine verstärkt automatisierte Möglichkeit der Datenerhebung war jedoch innerhalb der jeweiligen Institutionen nicht gegeben.

Ausschlusskriterien

Die Ausschlusskriterien wurden sehr restriktiv gefasst, um einen Vergleich von möglichst ähnlich gelagerten Gutachten zu erhalten. Dadurch konnte eine große Zahl an Gutachtensfällen nicht ausgewertet werden, allerdings erschien diese Selektion unabdingbar vor dem Hintergrund der unterschiedlichen und weiterführenden Aufgaben innerhalb der jeweiligen Institutionen, die einen sehr inhomogenen Datenpool aufweisen. Ohne Frage hätten die Ausschlusskriterien weiter gefasst werden können, um eine statistisch signifikantere Aussagekraft zu erzielen. Betrachtete man jedoch die hohe Zahl der

unterschiedlichen Diagnosen in den Gutachtensfällen, ist im Umkehrschluss eher zu diskutieren, ob nicht eine noch weitergehende Beschränkung auf einzelne Diagnosen eine bessere Vergleichbarkeit ermöglicht hätte. In diesem Konflikt zwischen statistischer Signifikanz und homogenen Gutachtensfällen erschien der gewählte Mittelweg eine akzeptable und praktikable Möglichkeit der Datenanalyse.

Krankheitsbilder

Wie oben angeführt ist die Heterogenität des Datenmaterials in Bezug auf die medizinischen Diagnosen sehr hoch. Es wäre eine Möglichkeit gewesen, sich lediglich auf einige wenige Diagnosen zu beschränken und dadurch eine bessere Vergleichbarkeit zu erreichen. Es wurde aus zwei Gründen bewusst auf ein solches Vorgehen verzichtet:

Zum einen wäre damit die Anzahl der Fälle deutlich gesunken und damit einhergehend die Aussagekraft eingeschränkt worden. Daher wurden fünf Krankheitskategorien gebildet, um diesem Widerspruch zu begegnen. Mithilfe dieser Kategorien lassen sich alle relevanten neurocraniellen Krankheiten einschliessen und erlauben dennoch eine relativ spezifische Auswertung. Letztendlich erschien es dem Autor und seinen Betreuern für den Zweck dieser Arbeit unerheblich, dass dabei beispielsweise akute Ischämien der Arteria meningea media mit solchen der Arteria cerebri posterior verglichen wurden. Selbstverständlich lassen sich die eben angeführten Diagnosen nicht eins zu eins miteinander vergleichen, gerade in Hinblick auf Spezifität und Sensitivität der Symptome jedoch stand in dieser Arbeit die generelle Beurteilung von Kausalitäten und Behandlungsprozessen im Vordergrund.

Der zweite – und viel erheblichere Grund – lag in der Zielsetzung dieser Arbeit begründet. So unterschiedlich die einzelnen Diagnosen sind, so weisen sie doch einige Gemeinsamkeiten auf: Die Schwierigkeit der Diagnosestellung, die hohe Dringlichkeit der Therapie – Stichwort „time is brain“ – und die Schwere der mit den Krankheitsbildern einhergehenden Gesundheitsfolgen. Die Kombination dieser drei Merkmale prädestinieren die Entstehung von Behandlungsfehlern. Vor diesem Hintergrund erschien die Untersuchung und Beurteilung dieser Krankheitsbilder interessant und herausfordernd.

Selbstverständlich hätten noch weitere Krankheitskategorien gebildet und untersucht werden können – beispielsweise dementielle oder genetische Erkrankungen. Auf diese zusätzlichen Kategorien wurde allerdings nach einer ersten Durchsicht der Verfahrensfälle aufgrund der geringen Zahl an Gutachten verzichtet.

Fragestellungen

Anhand der einbezogenen Gutachtensfälle lassen sich über die untersuchten Fragestellungen hinaus eine Vielzahl an weiteren Fragestellungen untersuchen und beantworten. Allerdings bedarf die Untersuchung eines so heterogenen Datenmaterials stets einer Beschränkung, die gewählten Fragestellungen erschienen dem Autor als die Relevantesten.

6.5 Diskussion der Ergebnisse

6.5.1. Fehlerstatistik

In diesem Abschnitt wurden die statistischen Untersuchungen zum ersten Mal vorgenommen und daher ausführlicher dargestellt. Da die Daten lediglich ein nominales Skalenniveau aufweisen, lassen sich keine Aussagen bezüglich des Verhältnisses zueinander treffen. Selbstverständlich lassen sich auch nur statistische Zusammenhänge, d.h. Korrelationen, aufzeigen. In diesem Fall konnte gezeigt werden, dass sowohl die Anzahl der festgestellten Behandlungsfehler als auch die Anzahl der einwandfreien Behandlungen in den beiden Institutionen einen statistisch signifikanten Unterschied aufweisen. Daraus einen Kausalzusammenhang abzuleiten verbietet sich generell, ein solcher ist lediglich nach Prüfung anhand von Experimenten festzustellen. Dies bedeutet, dass über Gründe, die zu diesem statistischen Zusammenhang führen könnten, lediglich Vermutungen getroffen werden können.

Ein Erklärungsansatz ist beispielsweise die erforderliche Sicherheit, mit der ein Behandlungsfehler im Gutachterprozess konstatiert werden kann. Da andere Einflussfaktoren wie unterschiedliche Krankheitsbilder durch die Ausschlusskriterien weitestgehend homogenisiert wurden, erscheint dies ein plausibler Grund für die unterschiedliche Zahl an Behandlungsfehlern, insbesondere unter Berücksichtigung der unterschiedlichen juristischen Verfahrensnormen.

Ein weiterer Einflussfaktor war sicherlich die Schwere der jeweiligen Krankheitsbilder, die durch die Kategorisierung nicht homogenisiert werden konnte, wie der Vergleich der

Krankheitsverläufe mit Todesfolge in Kapitel **5.9 Weitere Fragestellungen** aufzeigte. Letztendlich können jedoch lediglich Vermutung getroffen werden, weitere Einflussfaktoren sind aufgrund der geringen Zahl an Gutachtensfällen nicht auszuschliessen.

Im Weiteren wurden den vermuteten Fehlern die tatsächlich festgestellten Behandlungsfehler gegenübergestellt. Obwohl dieser Vergleich eine weitestgehende Kongruenz zwischen diesen Gruppen ergab, bleibt die Aussagekraft eingeschränkt. Auf die Gründe wurde bereits in Kapitel **5.7.1 Vermutete Behandlungsfehler** kurz eingegangen. Für medizinische Laien ist die Einschätzung und Bewertung ärztlichen Handelns – welches letztlich wie alle Dinge in der Medizin immer mit einem Grad an Unsicherheit behaftet ist – sehr schwer, daher blieben die vermuteten Fehlvorwürfe oftmals vage und wurden durch die Gutachter selbst konkretisiert. Dass sich daraus eine gute Übereinstimmung hinsichtlich der festgestellten Fehler ergibt, erscheint nachvollziehbar.

In beiden Institutionen blieb das Vorliegen eines vermuteten Behandlungsfehlers in einigen Fällen ungeklärt. Auf diese Fälle wird im folgenden Abschnitt genauer eingegangen.

6.5.2. Kausalitätsbeurteilungen

Auf die Kausalitätsbeurteilungen wurde in den Fällen eines bejahten Behandlungsfehlers nicht weiter eingegangen. Zum einen war ein Vergleich zwischen den Institutionen bei lediglich einem Fall in der Rechtsmedizin nicht zielführend, zum anderen waren die Gründe für die Entscheidung häufig ein klarer Verstoß gegen bestehende Richtlinien, nicht erfolgte Untersuchungen oder einfach eine Fehldiagnose.

Vergleicht man die Fälle der abgelehnten Kausalitäten (Tabelle 6 und 8) so fallen die hohen Übereinstimmungen in den Begründungen auf: In den meisten Fällen wurde aufgrund der Schwerebilder der Erkrankungen die Kausalität zwischen Fehler und Gesundheitsschaden abgelehnt. Entweder war die zeitliche Verzögerung im Behandlungsablauf zu gering, als dass sich daraus ein Einfluss auf den Gesundheitsschaden hätte ableiten lassen, oder die Therapieoptionen waren eingeschränkt, die Folgeschäden auch bei einer Therapie lege artis nicht zu verhindern oder die Letalität der Erkrankung war an sich so hoch, dass Fehler in der Behandlung ohne sichere Auswirkung auf das Überleben der Patienten blieben.

Diese Übereinstimmung spricht für die Objektivität und Qualität des Gutachterverfahrens in den beiden Institutionen. Wenn die vollständig voneinander unabhängig angelegten Bewertungskriterien über den Zeitraum einer Dekade so deckungsgleich und konstant sind, zeigt dies einerseits eine hohe Konsistenz innerhalb der einzelnen Institution als auch eine Objektivierbarkeit und Standardisierbarkeit der medizinisch-juristischen Sachverhalte an sich.

Interessant waren die Begründungen in den Fällen, in denen die Kausalität oder das Vorliegen eines Fehlers unklar blieben. Dies betraf lediglich Fälle in der Gutachterstelle.

In vier von fünf Fällen äusserte die Gutachterstelle sogenannte „Anteilszweifel“, das heisst der ärztliche Fehler und der Gesundheitsschaden lagen vor, die Auswirkungen des Fehlers auf den Gesundheitsschaden konnten jedoch nicht quantifiziert werden. Diese Zurückhaltung der Gutachterstelle ist insofern nachvollziehbar, als dass es in der Hälfte der Fälle um die Einschätzung der Lebenszeitverkürzung bei bereits bestehenden, infausten Grunderkrankungen ging. Da in solch schwierigen bis unklaren Fällen die Kausalität offensichtlich nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden konnte, wurde das Vorliegen von Behandlungsfehler abgelehnt.

6.5.3. Krankheitsbilder

Bei der Einteilung der Fälle wurde jeweils die führende medizinische Diagnose als Zuordnungskriterium herangezogen. Aufgrund der Vielzahl an einzelnen Diagnosen wurde analog zu anderen Gruppierungssystemen wie dem „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) ⁸³ Kategorien gebildet, die gängigen Einteilungen in der Medizin entsprechen und auf die Ätiologie der Krankheit abstellen. Selbstverständlich hätten auch andere Kategorien beziehungsweise weitere Kategorien gebildet werden können, um andere beziehungsweise weitergehende Fragestellungen zu bearbeiten. Zwangsläufig wären daraus jedoch andere Vor- und Nachteile resultiert, da letztlich jede artifizielle Kategorisierung in bestimmten Punkten immer zu kurz greift.

⁸³ Internetauftritt Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2016

Betrachtete man die Fallzahlen in den einzelnen Kategorien so ergeben sich einige Auffälligkeiten. In beiden Institutionen ist die Zahl an traumatischen, infektiösen und neoplastischen Krankheitsbildern identisch, in der Kategorie der Hämorrhagien unterscheiden sie sich lediglich um einen Fall. Darüber hinaus ist die Fallzahl mit 85 in der Gutachterstelle bzw. 88 Fällen in der Rechtsmedizin nahezu identisch. Dies ist umso bemerkenswerter, da im Voraus keinerlei Einschränkungen hinsichtlich absoluter oder relativer Fallzahlen vorgenommen wurden und auch die Krankheitskategorien bereits vorab festgelegt wurden. Als mögliche Ursachen für diese Übereinstimmung lassen sich einerseits die restriktiven Ausschlusskriterien anführen, andererseits die Krankheitskategorien, die durch ihre homogenisierende Wirkung letztendlich die Prävalenzen der Krankheitsbilder widerspiegeln.

Für die erheblichen Unterschiede der Fallzahlen in den Kategorien „Ischämisch“, die in der Gutachterstelle häufiger auftraten und den kombinierten Krankheitsbildern „Traumatisch und hämorrhagisch“ mit größerer Fallzahl in der Rechtsmedizin sind einige Erklärungsansätze zu diskutieren.

Betrachtet man die Fälle in der Rechtsmedizin, so wurde deutlich, dass die Patienten in Folge ihrer Erkrankungen häufiger verstarben als in den Fällen der Gutachterstelle. Es wäre daher zu vermuten, dass bei Krankheitsverläufen mit Todesfolge häufiger primär ein strafrechtliches Verfahren angestrebt wird. Ein Grund hierfür ist sicherlich die Ermittlungspflicht der Staatsanwaltschaft bei „nicht natürlichem Tod“ beispielsweise bei Anschuldigen durch Angehörige/Dritte oder bei Traumata. Letzteres lässt sich auch anhand der Krankheitskategorien nachvollziehen. Die Kategorie „Traumatisch und Hämorrhagisch“ erlaubt die Unterscheidung zwischen atraumatischen und traumatischen Blutungen. In diesem Falle wäre der Traumamechanismus – und damit eine wie auch immer geartete Gewalteinwirkung – das entscheidende Kriterium für die häufigere Aufnahme eines Gutachterverfahrens in der Rechtsmedizin.

Mit den angeführten Erklärungsversuchen könnte auch das häufigere Vorliegen von ischämischen Krankheitsbildern in den Fällen der Gutachterstelle erklärt werden.

Ein Vergleich der Häufigkeiten von Behandlungsfehlern der einzelnen Krankheitskategorien zwischen den Institutionen ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich, da in der Rechtsmedizin lediglich in einem Fall ein Behandlungsfehler konstatiert wurde.

6.5.4. Fachgebiete

Bei der Untersuchung der vermuteten und festgestellten Behandlungsfehler ergab sich ein für neurocranielle Krankheitsbilder zu erwartendes Bild. Die am häufigsten vertretenen Disziplinen waren die Neurologie, die Innere Medizin und die Chirurgie mit den Fachdisziplinen Neurochirurgie und Unfallchirurgie. Bei der Zuordnung der einzelnen Fälle zu den jeweiligen Fachdisziplinen wurde auf die in der Gutachterstelle bereits erfolgte Einteilung zurückgegriffen und diese analog auf die Fälle der Rechtsmedizin übertragen. Die Zahl der vermuteten Behandlungsfehler in der Unfallchirurgie war in der Rechtsmedizin signifikant höher. Dies ist durch die vermehrte Zahl an kombinierten Krankheitsbildern der Kategorien „Traumatisch“ und „Hämorrhagisch“ zu erklären.

6.5.5. Spezielle Fälle

Transitorische ischämische Attacke

Die häufigste Fehldiagnose in den untersuchten Fällen war die transitorische ischämische Attacke (TIA). Grund für die Fehldiagnose war dabei immer die Rückbildung der Symptomatik, die entweder nicht vollständig oder nicht innerhalb von 24 Stunden eintrat. Es ist nicht verwunderlich, dass das Krankheitsbild der TIA zu Fehldiagnosen führte da das Krankheitsbild an sich als auch seine Diagnose bereits seit einigen Jahren kontrovers diskutiert wird.⁸⁴ Diese Problematik schlägt sich in den aktuellen Veränderungen nieder, die diese Diagnose erfährt. So wird einerseits ein deutlich engeres Zeitfenster von lediglich einer Stunde für die Rückbildung der Symptome gefordert, auf der anderen Seite wird das Zeitfenster als Definitionskriterium in Frage gestellt und ein bildmorphologisches Korrelat in der cMRT als Kriterium vorgeschlagen.⁸⁵

Vor dem Hintergrund dieser Kontroverse und den unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Definitionsvorschlägen ist es nachvollziehbar, dass diese Diagnose die behandelnden Ärzte vor Probleme stellt. Es ist daher zu hoffen, dass sich diese Veränderungen beziehungsweise eine klare Stellungnahme zu diesen in der – aktuell in Überarbeitung befindlichen – Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls wiederfinden.

⁸⁴ Albers GW et al, 2002, 1713-1716

⁸⁵ Easton JD et al, 2009, S. 2276-2282

Ischämischer Schlaganfall

Vergleicht man die Argumentationsketten der beiden vorgestellten Fälle des ischämischen Schlaganfalls, so sind diese in sich konsistent. Es ist auch nachvollziehbar, dass die Gutachter in beiden Fällen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, obwohl einige Gemeinsamkeiten vorliegen. Hauptunterscheidungsmerkmale sind die deutlich schwereren kardiologischen Vorerkrankungen im Fall der Gutachterstelle sowie der unterschiedliche Symptomverlauf, der in der Gutachterstelle eine Besserung aufzeigte, im Fall der Rechtsmedizin jedoch aggravierend verlief.

Die Argumentationskette in der Rechtsmedizin veranschaulicht dabei die strengen Anforderungen an die Rechtsmedizin, Aussagen „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ zu treffen. Damit wird allerdings auch die Schwierigkeit offensichtlich, einen strafrechtlich relevanten Behandlungsfehler bei der Behandlung des akuten Schlaganfalls festzustellen, da alle therapeutischen Maßnahmen nur mit einer Besserungschance einhergehen.

Frühsommer-Meningoencephalitis

Betrachtet man die Argumentationslinien der Gutachter in den zwei Fällen der Frühsommer-Meningoencephalitis so fällt auf, dass diese deutlich divergieren. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass die Fallkonstellationen unterschiedlich waren, in einem Fall erfolgte der Zeckenbiss unmittelbar vor dem Arztkontakt, das andere Mal Wochen vorher. Auch die Fragestellungen an die Gutachter waren dahingehend unterschiedlich, dass im ersten Fall die Notwendigkeit einer PEP diskutiert wurde während im zweiten Fall die Richtigkeit der initialen Diagnose und die weiteren diagnostischen Schritte im Vordergrund standen.

Allerdings ist zu diskutieren, inwieweit die Argumentationslinien des ersten Gutachters mit Fokussierung auf die epidemiologischen Aspekte der FSME auch im zweiten Fall erforderlich gewesen wären. Denn in diesem Fall waren diese Kriterien erfüllt und daher die Wahrscheinlichkeit einer FSME deutlich höher zu bewerten als in erstem Fall.

Inwiefern dies die Diagnosestellung bzw. Überprüfung beeinflusst hätte bleibt offen. Es könnte jedoch sinnvoll sein, ein „Konsensuspapier FSME“ durch die „Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztkammer“ zu erarbeiten. Ziel dieses „Konsensuspapier FSME“ wären einheitliche Beurteilungsmaßstäbe durch die

Erarbeitung von Prüfungskriterien, analog zu bereits bestehenden Konsensuspapieren, z.B. dem „Konsensuspapier Schlaganfall“⁸⁶. Damit könnte dem Eindruck entgegengewirkt werden, es existiere ein „Pool“ an Kriterien, aus dem sich jeder Gutachter die passenden herausucht. Insbesondere vor dem Hintergrund der ausführlichen Dokumentation auf den Seiten des Robert-Koch-Instituts zum Thema FSME könnte damit eine erhöhte Nachvollziehbarkeit für die Antragsteller geschaffen werden.

⁸⁶ Bundesärztekammer, 2008, S. 164

7. Zusammenfassung und Ausblick

Fehler in der Medizin sind ein brisantes und stets aktuelles Thema. Dies beruht sowohl auf ihrer gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedeutung – der Gesundheitssektor ist mit über 680 Millionen Behandlungsfällen pro Jahr und über 5 Millionen Beschäftigten einer der größten Arbeitgeber in Deutschland ⁸⁷ – als auch darauf, dass ein Fehler mit resultierendem Gesundheitsschaden sowohl für den Betroffenen als auch für den Verursacher eine hohe psychische und emotionale Belastung darstellt. Daher kommt der Feststellung eines Behandlungsfehlers, seiner Beurteilung sowie dem Umgang mit diesem eine elementare Bedeutung zu. Dies zeigt sich sowohl an den erst in den letzten Jahren angepassten rechtlichen Grundlagen – Stichwort Behandlungsvertrag – als auch im veränderten Umgang innerhalb der Ärzteschaft mit Fehlern.⁸⁸

Ziel der Arbeit war die Untersuchung und der Vergleich medizinischer Fachgutachten und Voten aus der Gutachterstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer und dem Institut für Rechtsmedizin der LMU München. Zu diesem Zweck wurden alle Gutachten zu neurocraniellen Krankheitsbildern über den Zeitraum von 10 Jahren ausgewertet. Es konnte gezeigt werden, dass beide Institutionen in sich konsistent in der Beurteilung der Behandlungsfehler vorgehen. Die Anforderungen im Falle einer fraglichen Kausalität zwischen Fehler und Gesundheitsschaden fielen dabei im Institut für Rechtsmedizin deutlich strenger aus. Obwohl die untersuchten Krankheitsbilder hohe Anforderungen an die behandelnden Ärzte stellen, zeigte sich keine höhere Rate von Behandlungsfehlern als bei vergleichbaren Untersuchungen elektiver Therapien und war insgesamt sehr niedrig.

Insgesamt zeigte sich über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg eine stete Zunahme der Begutachtungen durch die Gutachterstelle und dem Institut für Rechtsmedizin. Inwieweit diese Entwicklung auf veränderten gesellschaftlichen Anforderungen an die Medizin beruht und ob dieser Trend weiterhin anhält, bleibt abzuwarten. Seine Auswirkungen auf die ärztliche Arbeit und den Umgang mit Fehlern in der Medizin lassen sich jedoch bereits heute feststellen. Vor diesem Hintergrund erscheint bei der Beurteilung von Behandlungsfehlern die Arbeit der unabhängigen Gutachterstellen in Deutschland umso wichtiger.

⁸⁷ Internetauftritt Statista, 2014.

⁸⁸ Vgl. Ferrara, 2013, S.541-543.

V Literaturverzeichnis

- **50 Jahre AWMF**
Gründung, S.5
In: 50 Jahre AWMF – Seit 1962 im Dienst der wissenschaftlichen Medizin, 2012
http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Die_AWMF/AWMF_aktuell/2012/Broschuere_50_Jahre_AWMF.pdf
(aufgerufen: 01.01.2016)
- **Advisory council for the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke**
A classification and outline of cerebrovascular diseases II
In: Stroke, 1975, 6:564–616
DOI: 10.1161/01.STR.6.5.564
- **Albers GW, Caplan LR et al.**
Transient Ischemic Attack — Proposal for a New Definition
In: The New England Journal of Medicine, 2002, 347:1713-1716
DOI: 10.1056/NEJMs020987
- **AWMF-IMWi**
Internettauftritt, 2016
<http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-imwi.html>
(aufgerufen: 01.01.2016)
- **Backhaus K et al.**
Kreuztabellierung und Kontingenzanalyse, S.225-251
In: Multivariate Analysemethoden
Springer Verlag, 12. Auflage 2008
- **Becker M, Zander B.**
Kunstfehler-Debatte: Ärzte-Outing provoziert Kritik
In: Spiegel Online, 29.02.2008
<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/kunstfehler-debatte-aerzte-outing-provoziert-kritik-a-538596.html>
(aufgerufen: 05.01.2014)
- **Bockelmann P.**
Erfolgstheorie, S.67 ff.
In: Strafrecht des Arztes
Georg Thieme Verlag, 1968
- **Bollacher F, Stockburger J.**
Der ärztliche Heileingriff in der strafrechtlichen Fallbearbeitung, S.908-914
In: Juristische Ausbildung (JURA)
Walter de Gruyter GmbH, Volume 28, 2006
- **Bortz J, Lienert GA.**
Testmethoden für Häufigkeiten, S. 81-88
In: Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung
Springer Verlag, 1. Auflage 1998
- **Bruch H-P, Trentz O.**
Neurochirurgie, S.1158-1185
In: Berchtold Chirurgie
Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, 6.Auflage 2008

- **Bundesamt für Strahlenschutz**
Richtlinie zur Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlung
In: Bundesamt für Strahlenschutz, 2011, GMBI 2011, Nr.44-47, S.867
http://www.bfs.de/de/bfs/recht/rsh/volltext/3_BMU/3_17_1111.pdf
(aufgerufen: 06.01.2016)
- **Bundesärztekammer**
Verbindlichkeit von Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen
Bundesärztekammer, 01.06.1998
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7>
(aufgerufen: 06.01.2016)
- **Bundesärztekammer**
Geschichte der Bundesärztekammer
Bundesärztekammer, 01.01.2016
<http://www.bundesaerztekammer.de/presse/baek-in-kuerze/aufgaben-satzung-geschichte/geschichte-der-bundesaerztekammer/>
(aufgerufen: 01.01.2016)
- **Bundesärztekammer**
Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2014
Bundesärztekammer, 2014
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Behandlungsfehlerstatistik.pdf
(aufgerufen: 01.08.2016)
- **Bundesärztekammer**
Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2015
Bundesärztekammer, 2015
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Statistische_Erhebung.pdf
(aufgerufen: 01.08.2016)
- **Bundesärztekammer**
Tätigkeitsbericht 2008
Bundesärztekammer, 2008
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Taetigkeit2008_04.pdf
(aufgerufen: 01.08.2016)
- **Bundesgerichtshof**
Urteil. vom 22.02.1978, 2 StR 372/77
In: Jurion
https://www.jurion.de/Urteile/BGH/1978-02-22/2-StR-372_77
(aufgerufen: 01.08.2016)
- **Bundesgesetzblatt Online**
Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patienten und Patientinnen
In: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 9 vom 25.02.2013
[http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl113s0277.pdf#_Bundesanzeiger_BGBI_%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27\]_1389211289154](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl113s0277.pdf#_Bundesanzeiger_BGBI_%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27]_1389211289154)
(aufgerufen: 01.01.2016)
- **Dettmeyer RB.**
The role of histopathology in forensic practice: an overview, S.401-412
Forensic Science, Medicine, and Pathology (2014) 10: 401.
DOI: 10.1007/s12024-014-9536-9

- **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)**
Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
DIMDI, 01.04.2016
<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/>
(aufgerufen 01.04.2016)
- **Dippel D, Simoons M.**
Improving Adherence to Guidelines for Acute Stroke Management, 22.12.2008
In: Journal of the American Heart Association
DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.821470
- **Easton JD, Saver JL et al.**
Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack
In: Stroke, S. 2276-2282
DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.192218
- **Engisch K.**
Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, S.1-52
In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft
Walter de Gruyter GmbH, Volume 58, 1939
- **Ferrara SD.**
Medical malpractice and legal medicine, S.541-543.
International Journal of Legal Medicine (2013) 127: 541.
DOI: 10.1007/s00414-013-0839-2
- **Fikentscher W, Heinemann A.**
Die zusätzlichen Voraussetzungen eines Schadensanspruchs, S.310 - 315
In: Schuldrecht
De Gruyter Rechtswissenschaften Verlags-GmbH, 10. Auflage 2006
- **Fischer T.**
Kommentar §223, Rn 17, Rn 25
In: Strafgesetzbuch
C.H. Beck Verlag, 61. Auflage, 2014
- **Frahm W, Walter A, Nixdorf W.**
Vertragliche Haftung für Erfüllungsgehilfen, Rn 64-66.
In: Arzthaftungsrecht
Verlag Versicherungswirtschaft GmbH, 5. Auflage, 2013
- **Fuchs M, Pauker W.**
Kausalität, S. 357-360
In: Delikts- und Schadensersatzrecht
Springer Verlag, 8. Auflage 2012
- **Graw M, Peschel O.**
Wann welche Todesart bescheinigen?, S.45-47
In: MMW Fortschritte der Medizin (2016) 158: 45.
DOI: 10.1007/s15006-016-8381-z
- **Grethler A.**
Dienstleistungsvertrag, S.79 -82
In: Fachkunde für Kaufleute im Gesundheitswesen
Georg Thieme Verlag KG, 1. Auflage 2006

- **Gropp W.**
Strafrecht als Teil der Rechtsordnung, S. 12- 21
 In: Strafrecht Allgemeiner Teil
 Springer Verlag, 3. Auflage 2005

- **Gropp W.**
Die Elemente des objektiven Tatbestands, S. 148 - 155
 In: Strafrecht Allgemeiner Teil
 Springer Verlag, 3. Auflage 2005

- **Groß D.**
Gegenwärtige Aufgaben und Probleme der Leichenschau, S. 77-82
 In: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht
 Verlag Königshausen & Neumann GmbH, 1.Auflage, 2002

- **Guyatt G, Cairns J et al.**
Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine
 In: The Journal of the American Medical Association, 1992;268(17):2420-2425
 DOI: 10.1001/jama.1992.03490170092032

- **Hardenberg N.**
Das Schweigen der Ärzte
 In: Sueddeutsche Zeitung, 17.05.2010
<http://www.sueddeutsche.de/wissen/behandlungsfehler-das-schweigen-der-aerzte-1.71262>
 (aufgerufen: 01.01.2016)

- **Hoppe J-D, Scriba P C.**
Stellungnahme zur „Autopsie“
 Bundesärztekammer 26.08.2005
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Autkurz.pdf>
 (aufgerufen: 01.01.2016)

- **Hoyer A.**
Anmerkung BGH, S.474
 In: Juristische Rundschau (JR)
 Walter de Gruyter GmbH, Issue 11, 2000

- **Hummel K.**
Ärztliche Kunstfehler. Ins Messer gelaufen
 In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 30.06.2013
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/aerztliche-kunstfehler-ins-messer-gelaufen-12265578.html>
 (aufgerufen: 01.01.2016)

- **Jakobs W.**
Die objektive Zurechnung, S. 195 - 198
 In: Strafrecht Allgemeiner Teil – Die Grundlagen und die Zurechnungslehre
 De Gruyter Rechtswissenschaften Verlags-GmbH, 2. Auflage 1993

- **Joecks W.**
StGB § 223 Körperverletzung, Rn 43-54, 73-102
 In: Münchener Kommentar zum StGB
 C.H. Beck Verlag, 2.Auflage 2012

- **Karmasin E.**
Beweislast in Arzthaftungsfragen
 In: Bayerisches Ärzteblatt, 9/2006, S.412-413.
<http://www.gutachterstelle-bayern.de/docs/downloads/2010/12/28/Beweislast%20Karmasin%20BÄBl%2009%202006.pdf?Status=Master>
 (aufgerufen: 01.01.2016)

- **Knaak J, Parzeller M.**
Court decisions on medical malpractice, S.1049-1057
International Journal of Legal Medicine (2014) 128: 1049.
DOI: 10.1007/s00414-014-0976-2
- **Koch H.**
Bekanntmachung der Neufassung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der BLÄK vom 23. Oktober 2000
In: Bayerisches Ärzteblatt, Sonderdruck aus Heft 12/2000, S.570,571
<http://www.gutachterstelle-bayern.de/docs/downloads/2010/12/29/Verfahrensordnung.pdf?Status=Master>
(aufgerufen: 01.01.2016)
- **Köhler H.**
Begriff und Aufgabe des Privatrechts, S. IX - XI
In: Bürgerliches Gesetzbuch
Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG, 64. Auflage, 2009
- **Krey V.**
Kausalitätstheorien, S. 99 - 103
In: Deutsches Strafrecht Allgemeiner Teil – Band 1
W. Kohlhammer GmbH, 3. Auflage 2008
- **Krey V, Hellmann U, Heinrich M.**
Band 1: Besonderer Teil ohne Vermögensdelikte, Rn 208 ff
In: Strafrecht Besonderer Teil
W Kohlhammer GmbH, 16. Auflage 2015
- **Lackner K, Kühl K.**
Kommentar § 223, Rn 8 ff
In: Strafgesetzbuch
C.H. Beck Verlag, 28. Auflage 2014
- **Laufs A, Kern B-R.**
§ 6 Die Elemente der Rechtfertigung ärztlichen Handelns, Rn 2
In: Handbuch des Arztrechts
C. H. Beck Verlag, 4. Auflage 2010
- **Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V.**
Wesen und Inhalt des Arztrechts, Rn 32-49.
In: Arztrecht
C. H. Beck Verlag, 6. Auflage 2009
- **Laufs A, Uhlenbrock W.**
§99 Die medizinischen Standards.Behandlungsfehler, Rn 5.
In: Handbuch des Arztrechts
C.H. Beck Verlag, 3. Auflage, 2002
- **Laum H-D, Beck L et al.**
Schlichtung mit großer Akzeptanz, S.10-13
Rheinisches Ärzteblatt 12/2003
<https://www.ackno.de/downloads/archiv/2003.12.010.pdf>
(aufgerufen: 01.08.2016)
- **Laum H-D, Smentkowski U.**
Kausalität, Beweiswürdigung und Beweislastverteilung in der Arzthaftung
In: Rheinisches Ärzteblatt 09/2008, 11/2008 und 01/2009

- **Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin**
Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau, S. 1-11
AWMF online, 12/2012.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Leichenschau_2013-01.pdf
(aufgerufen: 05.01.2016)

- **Madea, B.**
Versicherungsmedizin, Begutachtungskunde, S. 603-605
In: Praxis Rechtsmedizin
Springer Verlag, 2. Auflage 2007

- **Madea B, Rothschild M.**
Ärztliche Leichenschau
In: Deutsches Ärzteblatt, 2010; 107(33): 575–88
DOI: 10.3238/arztebl.2010.0575

- **MDK**
Fachgebiete, S. 9-10.
In: Jahresstatistik 2012 zur Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft
https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/Archiv/2013/15_Mai_2013/Weitere_Informationen/Bericht_BHF-Begutachtung_2012_final.pdf
(aufgerufen: 01.10.2015)

- **MDK**
Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität, S. 8.
In: Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft - Jahresstatistik 2014
https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Behandlungsfehler/6_-_Jahresstat-BHF-Begutacht_2014-MDS-MDK.pdf
(aufgerufen: 01.10.2015)

- **Müller-Dietz H.**
Mutmaßliche Einwilligung und Operationserweiterung, S.280-286
In: Juristische Schulung (JuS)
C.H. Beck Verlag, 29. Jahrgang, 1989

- **Ottmann K.**
Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer
Vortrag beim Landesgesundheitsrat Bayern, 12/2011.
http://www.landsgesundheitsrat.bayern.de/sitzungen/doc/14_lgr_sitzung/presentation_dr_ottmann.pdf
(aufgerufen: 01.01.2016)

- **Ossig S.**
Gesetzliche Regelungen in den USA und Deutschland, S. 77-85.
In: Vergütung von Krankenhausleistungen und Haftung für Behandlungsfehler – Deutschland und die USA im Vergleich
Deutscher Universitätsverlag /GWV Fachverlage GmbH, 1. Auflage 2005

- **Peschel O, Mütze E et al.**
Tod aus natürlicher Ursache, S.132
In: Das Kind in der forensischen Medizin: Festschrift für Wolfgang Eisenmenger
Ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- **Pötzsch H.**
Funktionen des Rechts
Bundeszentrale für politische Bildung, 15. 12.2009
Zuerst erschienen in: Die Deutsche Demokratie. 5. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung 2009, S. 131-133.
<http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-demokratie/39388/funktionen-des-rechts?p=all>
(aufgerufen: 05.01.2016)

- **Prütting H.**
ZPO § 286 Freie Beweiswürdigung, Rn 93-96, 103, 109-113
 In: Münchner Kommentar zur ZPO
 C.H.Beck Verlag, 4.Auflage 2013

- **Quaas M, Zuck R.**
§ 12 Grundzüge des ärztlichen Berufsrechts, Rn 2
§ 13 Die Rechtsbeziehung zwischen Arzt (Krankenhaus) und Patient, Rn 111-117.
 In: Medizinrecht
 C.H. Beck Verlag, 2. Auflage 2008

- **Rau F, Roeder N, Hensen P.**
Transparenz und Controlling als Führungsinstrument, S. 258 -260.
 In: Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland
 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 1. Auflage 2009.

- **Rechtsmedizin**
100 Jahre Lehrstuhl für Rechtsmedizin der Universität München, 2009.
http://www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/service/downloads/100a_ifrm_history_1.pdf
http://www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/service/downloads/100a_ifrm_history_2.pdf
 (aufgerufen: 05.01.2014)

- **Rechtswörterbuch**
Gesundheitsschädigung
<http://www.rechtswörterbuch.de/recht/g/gesundheitsschaedigung/>
 (aufgerufen: 01.01.2016)

- **Riem T.**
Das non liquet bei Rechtsfragen, S.114-121.
 In: Abwägungsentscheidungen in der praktischen Rechtsanwendung
 C.H. Beck Verlag, 1. Auflage 2006

- **Rothschild M.**
Das Kreuz mit der Todesbescheinigung: Welche Todesart ist richtig?
 In: Bayerisches Ärzteblatt 11/2005, S. 754-756

- **Saenger I.**
ZPO § 286 Freie Beweiswürdigung, Rn 38-40
 In: Saenger, Zivilprozessordnung
 Nomos Verlag, 5.Auflage 2013

- **Satzung der AWMF**
§ 2 Aufgaben der AWMF, 07.11.2009
<http://www.awmf.org/die-awmf/satzung.html>
 (aufgerufen: 05.01.2014)

- **Schlesiger C, Günther B.**
Der betroffene Arzt
 In: Bayerisches Ärzteblatt, S. 28-30

- **Scholz J, Sefrin P et al.**
Todesfeststellung und Leichenschau
 In: Notfallmedizin
 Georg Thieme Verlag KG, 3. Auflage 2013

- **Spickhoff A.**
Strafprozessrecht systematische Darstellung, Rn 1-5
 In: Medizinrecht
 C. H. Beck Verlag, 1. Auflage 2011

- **Spiegel Online**
Patientenbeschwerden: Gutachter weisen Ärzten mehr Behandlungsfehler nach
In: Spiegel Online, 05.09.2012
<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/behandlungsfehler-kranken-kassen-stellen-beschwerde-statistik-2011-vor-a-853980.html>
(aufgerufen: 05.01.2014)
- **Statista – das Statistik-Portal**
Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2014 (in 1.000)
In: Statista online, 01.01.2016
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/151723/umfrage/beschaeftigte-im-gesundheitswesen-seit-2000/>
(aufgerufen: 01.01.2016)
- **Statistische Ämter des Bundes und der Länder**
Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern
In: *Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, S.8, 2008*
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102089004.pdf?__blob=publicationFile
(aufgerufen: 01.04.2014)
- **Statistisches Bundesamt**
5,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen im Jahr 2012
In: Pressemitteilung vom 5. März 2014 – 75 /14
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/03/PD14_075_23621pdf.pdf?__blob=publicationFile
(aufgerufen: 01.04.2014)
- **Stiefelhagen P.**
Wie man auf diesen Vorwurf richtig reagiert, S.14-16
In: *MMW Fortschritte der Medizin* (2011) 153: 14.
DOI: 10.1007/BF03367729
- **Tunstall-Pedoe H., for the WHO MONICA Project**
The World Health Organization MONICA Project: a major international collaboration
In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 1988, 41:105–114
PMID: 3335877
- **Wagner G.**
BGB § 823 Schadensersatzpflicht, Rn 724, 757
In: *Münchener Kommentar zum BGB*
C. H. Beck Verlag, 6.Auflage 2013
- **Wessels J, Hettinger M.**
3 6 Probleme der Heilbehandlung, Rz 326
In: *Strafrecht Besonderer Teil I*
C.F. Müller Verlag, 39. Auflage, 2015
- **Zimmer G.**
Thanatologie, S.13
In: *Prüfungsvorbereitung Rechtsmedizin*
Georg Thieme Verlag KG, 1. Auflage 2006

IV Anhangsverzeichnis

Anhang I

Sachverhaltszusammenfassungen der Gutachterstelle bei der BLAEK

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-01-01	34	m	Witwe, anwältlich vertreten	Innere Medizin	12.01. - 15.01.96 stationär Mastoiditis	Pat. wurde stationär zum Alkoholentzug aufgenommen, mit 8 Tage vorher diagnostizierter Otitis media und Antibiotikagabe. Bei Aufnahme keine Beschwerden, klinisch und laborchemisch kein Anhalt für Entzündung. AS bestreitet diese Angaben. Keine weitere Behandlung bis zur Aggravation am 15.01.96 mit Mastoiditis und Meningoencephalitis	Foudroyanter Krankheitsverlauf, Tod Medikamentöse Therapie?
Gu-01-02	62	m	Patient, anwältlich vertreten	Neurologie	19. und 20.07.98 ambulant Mediainfarkt	Pat. (Z.n. 2 Herzinfarkten und Mediainfarkt) erlitt Hemisymptomatik, Hausärztin (AG1) erschien 3 Std. später und stellte bei teilweiser Rückbildung der Symptomatik die Diagnose TIA, veranlasste Überweisung zum Neurologen am nächsten Tag, gab Heparin, keine KH-Einweisung. Neurologe (AG2) stellte Diagnose TIA, veranlasste Überweisung MRT, auf dem Heimweg erlitt Pat. Schlaganfall.	persistierende Hemiplegie links, Barthel-Index: 55/100. AG 1+2: Fehldiagnose?
Gu-01-03	28	m	Patient, anwältlich vertreten	Neuro- chirurgie	03.01.92 (AG1) Notfallambulanz 07.01. - 14.02.92 (AG2) stationär SAB	Am 03.01. erlitt der Pat. einen Kollaps und stellte sich mit Schwindel und Kopfschmerzen um 4.30 Uhr bei AG1 vor. Klinische Untersuchung o.p.B., es wurde die Vorstellung beim Augenarzt und HA empfohlen. Augen-Konsil: Ok, HA: Überweisung am selben Tag zum Neurologen. Befund: fragl. Meningismus, Diagnose: katarrhalischer Infekt. Bei persistierenden Beschwerden und neu Fieber + Übelkeit Vorstellung bei AG2 am 07.01. CCT: SAB rechts temporo-parietal, mäß. Ödem. Angio: Vasospasmus der Hirnbasisarterien, V.a. A. cerebri media rechts. Neurochir. Konsil, konserv. Therapie.	Spastische Hemiparese links, symptomatische Epilepsie bei Z.n. SAB, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit liegt vor. AG1: unzureichende Diagnostik? AG2: unzureichende Therapie?
Gu-01-04	63	w	Patientin, anwältlich vertreten	Innere Medizin	08.12. - 24.12.97 stationär SDH	Pat. (Z.n. apoplektischem Insult und Hemiparese rechts, C2-Abusus) am 07.12. neben dem Sofa liegend aufgefunden. Ob ein Sturz stattgefunden hat ist strittig. Pat. somnolent, KH- Aufnahme am Folgetag. Pat. bei Aufnahme kaum erweckbar, gezielte Reaktion auf Ansprache. Am selben Tag Sturz aus KH-Bett. Röntgen-Schädel: keine Fraktur. Am 09.12. CCT, Befund: akutes SDH links, intracerebrale Blutung links temporal mit Begleitödem und raumfordernder Wirkung, Trepanation am selben Tag.	OP, Amnesie, Kopfschmerzen, Zunahme der Halbseitenlähmung und Gehbehinderung. Therapie unvollständig?
Gu-01-05	58	m	Ehefrau, anwältlich vertreten	Neurologie	20.09. - 01.10.93 stationär SAB	Am 18.09. akute Kopfschmerzen, stationäre Aufnahme beim AG am 20.09. CCT ergab die radiologische Diagnose SAB. Missverständnis bei Diagnoseübermittlung, AG ging von SDB aus, keine weitere Therapie/Diagnostik. Neurologisches Konsil mit erneutem CCT am 22.09. ergab den Nachweis einer SAB (Stadium I nach Hunt/Hess, älter als 72 h), eine TCD den V.a. beginnenden Vasospasmus. Therapie mittels Nimodipine, Angiographie wurde bis 14 Tage nach SAB verschoben. Am 01.10. Rezidiv (Parenchymblutung mit Ventrikeleinbruch), daraufhin OP und Clipping eines Aneurysmas R. communicans ant.	Anamnestisches Syndrom, Miktionsstörungen, Gangstörung bei leichter Hemisymptomatik. Therapie zu spät?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Hätte die ambulante Antibiotikatherapie der Otitis media stationär zwingend fortgeführt werden müssen? Hätte ein HNO-Konsil erfolgen müssen? Hätte die Meningoencephalitis bei Fortführung der Antibiotikabehandlung mit Wahrscheinlichkeit verhindert werden können? Hätte der Tod bei adäquater Therapie vermieden werden können?	Antibiotika durften nach 8 Tagen abgesetzt werden, da weder Fieber, Leukozytose noch sonstige Entzündungszeichen bei Aufnahme vorlagen. Es wurde adäquat auf klinische Symptomatik reagiert, Kopfschmerzen und Infektparameter erstmalig am 15.01. erhöht, umgehende Verlegung auf Intensivstation und Diagnose Meningitis. Meningoencephalitis hätte vermutlich bei Fortführung der Antibiotikatherapie nicht verhindert werden können, da Strept. pneumoniae nur mäßig sensibel auf die verabreichten Antibiotika (Ofloxacin) ist und der Pat. immunsupprimiert (C2-Abusus) war.	Ein Behandlungsfehler liegt nicht vor.
Hätte AG1 oder AG2 eine Krankenhauseinweisung veranlassen müssen? Waren die Untersuchungen ausreichend und die Heparin-gabe indiziert? Wurde der Schlaganfall nicht erkannt? AG2: Hätte die Carotisstenose erkannt werden müssen?	AG1: keine vollständige Rückbildung der Symptomatik, TIA=Fehldiagnose, Heparin-gabe nicht indiziert (EBM), KH-Einweisung war erforderlich, keine kardiologische Diagnostik durchgeführt bei bekannter Patientengeschichte. AG2: persist. Hemihypästhesie, TIA= Fehldiagnose, KH-Einweisung war erforderlich, erfolgte aber nicht, Nichterkennen der Carotisstenose mit Duplex kein Fehler, da Untersuchung subjektiv.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt vor. AG1: Fehldiagnose, Fehlmedikation, Untersuchung unvollständig AG2: Fehldiagnose, AG1+2: KH-Einweisung war erforderlich, für AG2 war der ursächliche Zusammenhang der versäumten KH-Einweisung und dem Auftreten des Schlaganfalls zeitlich nicht ursächlich für den Gesundheitsschaden.
AG1: War die durchgeführte Notfalldiagnostik ausreichend? Wurden die Symptome richtig interpretiert? Waren die Maßnahmen (HA, Augenarzt) ausreichend? Hätte ein Internist hinzugezogen werden müssen? Fahrlässigkeit oder Diagnosefehler des AG1? AG2: Diagnostik ausreichend? Konservative Therapie lege artis?	AG1: Notfalldiagnostik nicht ausreichend, CCT und ggf. Lumbalpunktion waren zusätzlich erforderlich. Es wurde differentialdiagnostisch nicht an eine SAB gedacht, da keine CCT/Lumbalpunktion erfolgten. Nein, stationäre Aufnahme erforderlich. Nein, Neurologe, wie erfolgt. Fehlerhaft ja, da falsche Zuordnung des Krankheitsbildes, fahrlässig nein, da neurologisches Konsil innerhalb von 72 h veranlasst. AG2: Ja, CCT und cerebrale Angiographie ausreichend und unmittelbar am Aufnahmetag erfolgt, Kontroll CCT am 09.01. und Kontroll Angio nach 4 Wochen ist ausreichend, außerdem neurochirurgisches Konsil durchgeführt. Konservative Therapie lege artis, in kritischer Phase des Vasospasmus muss nicht operiert werden.	Es liegt ein ärztlicher Behandlungsfehler vor. AG1: Diagnosefehler, dieser ist mit Wahrscheinlichkeit ursächlich für den Gesundheitsschaden mitverantwortlich, da OP-Verzögerung AG2: Es liegt kein ärztlicher Behandlungsfehler vor. Korrektes diagnostisches Procedere.
Hätten aufgrund der Vorgeschichte und des Aufnahmebefundes Bettgitter angebracht werden müssen? Wäre dadurch der Sturz vermeidbar gewesen? War der häusliche- oder der KH-Sturz für den Gesundheitsschaden verantwortlich? War die Bohrlochtrepanation indiziert? Hätte bei früherer OP der Gesundheitsschaden verhindert werden können?	Da keine Unruhe, Agitiertheit, erhebliche Verwirrung, delirante Symptomatik vorlagen war das Anbringen von Bettgittern nicht zwingend erforderlich. Bei klinisch fehlenden Hinweisen für ein intracerebrales Geschehen nach dem Sturz war die konventionelle Röntgen-Schädelaufnahme ausreichend. Sofortiges CCT wäre nur bei Verschlechterung im neurologischen Zustandsbild indiziert. Es bestand jedoch Befundkonstanz, daher wahrscheinlich häuslicher Sturz verantwortlich für SDH. Eine frühere OP hätte zu keinem wesentlich anderen klinischen Ergebnis geführt. Bohrlochtrepanation ist bei intracerebraler Blutung und akutem SDH (Mittellinienverlagerung > 5 mm) indiziert.	Anhaltspunkte für einen ärztlichen bzw. pflegerischen Behandlungsfehler oder eine Sorgfaltspflichtverletzung ergeben sich nicht. Bettsturz stellt keinen vermeidbaren Behandlungsfehler dar, ursächlich für den Gesundheitsschaden dürfte in erster Linie der häusliche Sturz am 07.12.97 sein.
Hätte schon ab dem 28.09. eine Angiographie durchgeführt werden müssen? Hätte eine ggf. daraufhin durchgeführte OP den entstandenen Schaden verhindern bzw. verringern können?	Damalige Lehrmeinung war, dass vom 3. bis mindestens 12. Tag eine Angiographie-/Operationskarenz nach einer SAB aufgrund der Gefahr eines Vasospasmus eingehalten werden musste. Eine durch den AG erfolgte TCD ergab den V.a. einen beginnenden Vasospasmus, der Pat. befand sich in gutem AZ ohne neurologische Symptome oder Ausfälle, daher lag keine vitale Dringlichkeit vor, von der damals bestehenden Regel abzuweichen, auch wenn dadurch das Rezidiv grundsätzlich vermeidbar gewesen wäre. Angiographie und neurochirurgisches Konsil waren für den 14. Tag geplant, dies ist vertretbar.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor. Eine fehlerhafte Behandlung lag insofern vor, dass von einer falschen Diagnose ausgegangen wurde. Der Fehler hat aber nicht zwangsläufig die rechtzeitige Ausschaltung der Gefäßausackung vor der Rezidivblutung verhindert.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-02-01	6	m	Patient, anwältlich vertreten	HNO	12.04. - 20.04.00 stationär SHT, Otobasisfraktur	Pat. stürzte am 12.04. aus einem 2 m hohen Stockbett, ca. 1-minütige Bewusstlosigkeit mit anschließender Somnolenz, daraufhin Einweisung zum AG. Ein CT des Schädels/Halswirbelsäule ergab keinen Anhalt für eine Fraktur. Diagnose: SHT. Im Verlauf aufgetretene Hörminderung rechts, HNO-Konsil am 14.04. Befund: Hämatotympanon re., keine Facialisparesie, horizontaler Spontannystagmus nach links, Diagnose: V.a. Otobasisfraktur re. mit Einblutung in Pauke und Labyrinth, Cortison-Therapie empfohlen. MRT des gleichen Tages: keine Flüssigkeitsvermehrung im Felsenbein, daher keine indirekten Frakturzeichen. HNO-Konsil am 20.04.: Erguss weitgehend resorbiert, Kompensationsphase der vestibulospinalen Reaktion. Pat. kann in 2/3 Tagen entlassen werden. Entlassung am 20.04. bei Restschwindel mit Empfehlung HNO-Untersuchung in 3 Wochen. Am 04.05. Diagnose einer Schallempfindungsstörung rechts.	Schallempfindungsschwerhörigkeit im Mittel- und Hochtonbereich rechts (60-70 dB), Schallleitungsstörung links. Therapie unvollständig?
Gu-02-02	44	m	Patient, anwältlich vertreten	Innere Medizin	01., 14., 19. und 21.10.98 ambulant FSME	Vorstellung am 01.10. beim AG wegen Zeckenbisses, Zecke durch Pat. bereits selbst entfernt. Nach unauffälliger körperlicher Untersuchung Entlassung. Wiedervorstellung am 14.10. mit Diagnose "Depressive Episode" und Tinnitus, am 19.10. Diagnose grippaler Infekt. Am 21.10. Feststellung von Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel und grippalen Beschwerden. Am 24.10. stationäre Aufnahme, Diagnosen: Hörsturz links, blande FSME.	Hörsturz, mittelgradige Hochtoninnenohrschwerhörigkeit links (60 dB), Tinnitus links, Arbeitsunfähigkeit. Medikamentöse Therapie?
Gu-02-03	61	m	Patient, anwältlich vertreten	Augen- heilkunde	AG1: 22.05., 03.06., 10.06., 17.06.96 ambulant AG2: 31.05.96 ambulant Orbitabodenfraktur	Am 22.05. erlitt der Pat. im Rahmen eines Arbeitsunfalls eine Verletzung im Bereich des linken Auges. Im KH erfolgte die notfallmäßige Versorgung, es wurde eine Gesichtsschädelprellung links und Bulbusprellung links festgestellt, eine Fraktur des Schädels wurde röntgenologisch ausgeschlossen. Der AS stellte sich am selben Tag beim AG1 vor. Dieser stellte Doppelbilder fest und stellte die Verdachtsdiagnose Orbitabodenfraktur, AG1 (keine Sehschule) veranlasste die Vorstellung bei AG2. Dieser diagnostizierte eine Läsion des M. rectus inf. und empfahl die Wiedervorstellung in 2 Wochen bei Beschwerdepersistenz. Besserung der Beschwerden im weiteren Verlauf, bei Sistieren dieser empfahl AG1 am 25.06. telefonisch, einen HNO-Arzt aufzusuchen. Dies erfolgte am 26.06., es wurde ein CT veranlasst und eine Orbitabodenfraktur links diagnostiziert, am 26.07. erfolgte eine Orbitabodenplastik links.	persistierende Doppelbildsymptomatik. AG1: Diagnostik unvollständig? AG2: Therapie unvollständig?
Gu-02-04	63	m	Ehefrau	Geriatric	12.04. - 01.05.00 stationär Basilaristhrombose	Stationäre Aufnahme des Pat. am 12.04. beim Antragsgegner zur Abklärung rezidivierender Bewusstseinsstörungen, Schwindelattacken, Sprachstörungen und Hemisymptomen links. Am 29.04. kam es während einer Beurlaubung zu Hause zu Bewusstlosigkeit und Hemisymptomatik links, der AG leitete eine Heparin-Therapie ein. Verlegung am 01.05. auf eine Stroke-Unit, dort Diagnose einer Basilaristhrombose am 15.05.	Basilaristhrombose mit Hirnstammschlag, Pflegefall (Stufe 3). Fehldiagnose?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Erfolgte die HNO-ärztliche Untersuchung mit der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt? War die HNO-ärztliche Diagnose richtig? Entsprach die Therapie dem medizinischen Standard? Durfte der Patient mit der Empfehlung einer "HNO-Vorstellung in drei Wochen" entlassen werden?	Untersuchung erfolgte beschwerdeorientiert, Weber/ Rinne, ohrmikroskopische Untersuchung erfolgten. Dies war ausreichend. Aufgrund des Befundes war die Verdachtsdiagnose "rechtsseitige Otobasisfraktur" richtig. Die antiödematöse Behandlung ist nicht zu beanstanden, ein Hämatotympanon ohne Begleitverletzung bedarf keiner weiteren Behandlung. Bei Restschwindel und nicht vollständig zurückgebildeter Schwerhörigkeit ist die Entlassung mit der Weisung einer HNO-Kontrolluntersuchung in drei Wochen nicht zu beanstanden. Innenohrschäden in Gefolge eines Schädelhirntraumas oder einer Felsenbeinfraktur sind relativ selten, die Ursachen sind unbekannt. Die Entwicklung einer Innenohrschädigung war zum Behandlungszeitpunkt nicht vorhersehbar und auch nicht zwangsläufig zu erwarten.	Hinweise für einen ärztlichen Behandlungsfehler liegen nicht vor. Die schicksalhafte Wendung des Krankheitsverlaufs, d.h. die Entwicklung einer Innenohrschwerhörigkeit aus einer primären Mittelohrschwerhörigkeit war nicht vorhersehbar und unbeeinflussbar.
Erfolgte die Behandlung des AS am 01.10. mit der erforderlichen Sorgfalt und nach medizinischem Standard? Hätte zu diesem Zeitpunkt eine FSME-Diagnostik durchgeführt werden müssen? Hätte eine passive Immunisierung gegen FSME-Erreger durchgeführt werden sollen? Hätten therapeutische Maßnahmen den Eintritt der FSME verhindern können?	Ja. Ziel bei Zeckenbiss: 1. Zeckenentfernung 2. suchen/behandeln/verhüten von Infektionen. Pat. hatte keine klinischen Zeichen für einen Biss, keine Zeichen für Hautveränderungen, kein Anhalt für Meningitis, keine neurologischen Veränderungen. Untersuchungen durch AG durchgeführt. Nein, frische Infektion wäre serologisch nicht erfassbar, klinischer Befund gab keinen Anhalt für Liquorpunktion. Unterlassen einer PEP stellt keinen Behandlungsfehler dar, da Pat. aus Gebiet mit niedrigem Risiko, 2/3 aller FSME-Erkrankungen zwischen Juni und August, theoretisches Risiko von Komplikationen der PEP, Nutzen strittig, da viele FSME-Erkrankungen blande verlaufen. Therapeutische Maßnahmen = PEP hätte Eintritt der FSME vermieden, aber nicht zu 100%. Gesundheitsschaden fraglich, da virale Meningitis generell folgenlos ausheilt, blander Verlauf lag vor, schwere psychische Veränderungen schwer damit in Verbindung zu bringen; Tinnitus lag bereits vor.	Es liegt kein Behandlungsfehler vor. Wenn schon Experten wechselnde Empfehlungen herausgeben und sich nicht zu einer klaren Empfehlung durchringen können (zum damaligen Zeitpunkt), dann kann man es von Nicht-Spezialisten (Allgemeinarzt/hausärztlich tätigen Internisten) auch nicht verlangen.
Erfolgte die Erstbehandlung durch AG1 sowie die Behandlung durch AG2 mit der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt und nach medizinischem Standard? Hätte eine CT-Untersuchung durch AG1/AG2 veranlasst werden müssen? Wäre durch eine frühzeitige Diagnose und Therapie das Auftreten von Doppelbildern vermieden worden? Anhaltspunkte für einen ärztlichen Behandlungsfehler?	Zur Therapie der Orbitabodenfraktur bzw. der prellungsbedingten Augenbewegungsstörungen besteht seit Jahren eine heftige Kontroverse in der Literatur (frühzeitig operativ vs. Abwarten und operativ vs. vollständig konservativ). Die Behandlung durch AG1 und AG2 erfolgte mit der erforderlichen Sorgfalt, AG1: regelmäßige Kontrollen, Überweisung, da apparativ unzureichend ausgestattet, AG2: Genaue Überprüfung der Augenbewegung, da Feststellung einer Unterfunktion des Augenmuskels und dementsprechend keine Anhaltspunkte für eine Einklemmung des Muskels vorlag. Eine Bildgebung ist nicht automatisch in jedem Falle erforderlich. Eine konservative Therapie ist vertretbar, wird von manchen Autoren sogar empfohlen, wenn keine Einklemmung des M. rectus inf. vorliegt und keine massive Augenmotilitätsstörung vorliegt (Doppelbilder in alle Blickrichtungen+im Geradeausblick). Je nach OP-Methode lagen bei bis zu 38% der Fälle Doppelbilder nach frühzeitiger OP vor, nach konservativem Vorgehen bei ca. 20%. Eine frühzeitige Diagnose und Therapie hätte keineswegs sicher zu einem Rückgang der Bewegungsstörungen geführt. Nein, da die bei konservativem Vorgehen erforderlichen Kontrollen erfolgten und eine initiale Besserung der Beschwerdesymptomatik vorlag.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor. Letztlich ist von einem schicksalhaften Verlauf auszugehen. Inwiefern eine andere Behandlung zu einem geringeren Gesundheitsschaden geführt hätte, bleibt fraglich. Das Vorgehen von AG1 und AG2 stellt ein von verschiedenen möglichen, nach dem Stand der Wissenschaft medizinisch korrekten Verfahren dar.
Diagnose des AG korrekt? Behandlung AG sorgfältig und nach medizinischem Standard? Erfolgte die Verlegung in eine Stroke-Unit zu spät? Ist der ggf. Behandlungsfehler ursächlich für den Gesundheitsschaden?	Diagnose: rez. TIA., richtig. Medikamentöse Behandlung des Pat. mittels Sermion/Nicergolin richtig, Nutzen früher Heparinisierung nicht sicher belegt. Würdigung des progredienten klinischen Bildes erfolgte nicht mit der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt, da Crescendo-TIA nicht zu notwendigen Konsequenzen führte (Neuro-Konsil, Verlegung auf Stroke-Unit, kein CCT vor Heparinisierung, Dokumentationsmängel). Ja, Verlegung erfolgte zu spät, da Progredienz trotz Therapie. Behandlungsfehler eher nicht ursächlich für Gesundheitsschaden, da selbst eine adäquate und rechtzeitige Therapie in vielen Fällen nicht erfolgsversprechend ist und das Vollbild der Basilaristhrombose trotz adäquater Behandlung in einem Schwerpunktzentrum 2 Wochen nach Verlegung auftrat.	Es liegt ein ärztlicher Behandlungsfehler vor. Der Gesundheitsschaden ist jedoch nicht mit der nötigen Sicherheit auf die ärztliche Fehlbehandlung zurückzuführen.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-02-05	54	m	Ehefrau	Neurochirurgie	01.02. - 26.02.99 stationär Aneurysma A. pericallosa	Beim Pat. wurde am 29.09.98 eine cervikale Myelopathie mit Wurzelirritation C6/7 rechts sowie rechtsseitig betonte Paraspastik diagnostiziert. Im Rahmen weitergehender bildgebender Diagnostik beim AG wurde zusätzlich ein 3 x 3 cm großes Aneurysma der A. pericallosa links mit Teilthrombosierung diagnostiziert. Es wurde die Indikation zur operativen Therapie des Aneurysmas gestellt, erst in zweiter Linie eine OP-Indikation der Spinalkanalstenose. Am 08.02.99 erfolgte die OP, intraoperativ rupturierte das Aneurysma und musste mehrere Minuten lang abgeclippt werden. Postoperativ zeigte sich eine inkomplette Tetrasymptomatik.	Ausgedehnter Pericallosa-Infarkt bds. perioperativ, hochgradige, spastische Tetraparese, hirnorganisches Psychosyndrom, Pflegebedürftigkeit Stufe 3. Operative Therapie?
Gu-02-06	73	m	Ehefrau	Neurologie	13.06. - 21.06.00 stationär Basilaristhrombose	Der Pat. wurde am 13.06. notfallmäßig aufgrund von Schwindel, rechtsseitigem Schwächegefühl in Arm und Bein, Gangschwäche und Bewusstseinsstörungen beim AG eingewiesen und stationär aufgenommen. Diagnose: TIA. Am 21.06. erlitt der Pat. einen generalisierten cerebralen Krampfanfall und wurde auf die Intensivstation verlegt. Diagnosen, Angio: Basilaristhrombose, CCT: Hirnstammsult. Am 29.06. wurde der Pat. unter der Diagnose Locked-In-Syndrom in die Rehabilitation verlegt.	Locked-In-Syndrom. Fehldiagnose?
Gu-03-01	68	w	Patientin	Unfallchirurgie/ HNO	05.01. - 18.01.00 stationär Dist. Radiusfraktur, Comotio cerebri	Die AS stürzte am 05.01. und stellte sich beim AG vor. Anamnestisch bestanden kurze Bewusstlosigkeit, retrograde Amnesie, Schwindel, Übelkeit. Prellmarke und oberflächliche Schürfung am Kopf. Diagnose: Distale Radiusfraktur links. CCT am 07.01. ohne pathologischen Befund. Wegen Innenohrgeräuschen HNO-Konsil. Befund: V.a. Erschütterung der Cochlea, Hörminderung rechts. Therapie: HAES-Infusion, Kontroll-CCT blande. Entlassung am 18.01.	Tinnitus, Hörsturz, Schmerzen linkes Handgelenk. Therapie unvollständig?
Gu-03-02	79	w	Sohn	Innere Medizin	19.08.01 ambulant 22.08.01 stationär Apoplex	Pat. stürzte am 19.08. und wurde notfallmäßig zum AG eingewiesen. Das durchgeführte CCT ergab keinen Anhalt für einen Apoplex. Eine Nasenbeinfraktur sowie Weichteilverletzungen wurden versorgt. Die Pat. lehnte eine empfohlene stationäre Aufnahme ab und wurde nach Rücksprache mit HA und Sozialstation nach Hause entlassen. Am 28.08. stürzte die Pat. erneut und wurde beim AG stationär aufgenommen, am selben Abend wurde sie tot im Bett aufgefunden. Todesursache: Atemstillstand, vermutl. durch Apoplex, eine Autopsie wurde verweigert.	Apoplex mit Todesfolge. Versorgungsstufe?
Gu-03-03	46	w	Ehemann	Innere Medizin	03.08.- 09.08.01 stationär Meningoencephalitis	Die Pat. wurde durch Überweisung des HA bei seit 6 Tagen bestehendem unklaren Infekt (Erbrechen, Diarrhoe, Fieber, Gelenksbeschwerden) am 03.08. beim AG stationär aufgenommen. Anamnestisch lag vor 4 Wochen ein Zeckenbiss vor. Es wurde die Arbeitsdiagnose "Gastroenteritis mit Cephalgien" gestellt. Nach primärer Besserung der Symptomatik traten am 07.08. erneut Kopfschmerzen und Übelkeit auf. Darufhin erfolgte eine Antikörpertestung auf Borrelien und FSME, ein CCT und eine Liquordiagnostik am 08. und 09.08. durchgeführt und die Diagnose einer viralen Meningitis gestellt. Die Pat. wurde am 09.08. in eine neurologische Klinik verlegt.	verminderte physische und psychische Belastbarkeit, Einschränkung in der Bewegungsmotorik und geistigen Leistungsfähigkeit. Fehldiagnose?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
<p>War die Indikation zur durchgeführten OP gegeben? Wurde dieser Eingriff mit der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt und nach medizinischem Standard durchgeführt? Wenn ja, warum zeigten sich postoperativ Lähmungserscheinungen? Sind die Lähmungserscheinungen ausschließlich auf den operativen Eingriff zurückzuführen? Anhaltspunkte für ärztlichen Behandlungsfehler?</p>	<p>Die Indikation zur operativen Versorgung war eindeutig gegeben, da der Durchmesser des Aneurysmas größer 1 cm betrug und bei begleitendem Hypertonus ein erhöhtes Blutungsrisiko vorlag, zudem ist Pat. Ex-Raucher. Rupturrate ca. 6%/Jahr. Ja, die Reihenfolge in der Behandlung der beiden behandlungsbedürftigen Krankheiten wurde richtig getroffen, Aufklärung und Dokumentation OK, ausreichend Bedenkzeit eingeräumt. Sehr schwierige OP aufgrund der Aneurysmagröße und Teilthrombosierung, intraoperativ auftretende Schwierigkeiten immanent und trotz erforderlicher Sorgfalt nicht verhinderbar. Lähmungserscheinungen aufgrund Aneurysmaruptur und Ischämiezeit bei temporärer Clippung. Beidseitig vermutlich aufgrund dominanter linker A. pericallosa die beide Seiten versorgt. Ja, Lähmungserscheinungen ausschließlich aufgrund des operativen Eingriffs.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.</p>
<p>Durfte die Diagnose "TIA" gestellt werden? Diagnostik und Therapie bis zum cerebralen Krampfanfall sorgfältig und nach medizinischem Standard? Hätte eine MRT-Untersuchung frühzeitig erfolgen müssen? Hätten die Kopfschmerzen des Pat. berücksichtigt und zu diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen führen müssen? Durfte Normalkost gegeben werden? Hätte am 21.06. eine notfallmäßige intraarterielle Thrombolysen erfolgen müssen?</p>	<p>Fehldiagnose, da keine vollständige Symptommrückbildung (am 14./15.06. noch Dysarthrie, erst am 20.06. kein ataktisches Gangbild mehr). TIA per Definition nach 24 h symptomlos verschwunden. Diagnostik (CCT, neurologische Untersuchung, EEG, Duplex) und Therapie (Heparin s.c., ASS) sorgfältig und nach Standard; Doppler/TTE bleibt unklar bei fehlenden Befunden. MRT musste nicht früher erfolgen, da Besserung der Symptomatik vorlag und keine festgelegten Standards bezüglich Zeitabfolge existieren. Kopfschmerzen hätten nicht zu weiterer Diagnostik/Therapie führen müssen, da sie schon länger bestanden und als chron. Migräne gewertet werden konnten. Normalkost OK, da Dysarthrie ohne wesentliche Schluckbeschwerden vorlagen. Nein, aufgrund zweier Anfälle und dem langen Zeitabstand Basilarisverschluss und möglicher Therapie kann die Entscheidung gegen eine lokale Lyse nachvollzogen und als Fall-zu-Fall-Entscheidung im Rahmen der ärztl. Kunst gewertet werden.</p>	<p>Es bestehen keine Anhalte für einen ärztlichen Behandlungsfehler. Initiale Fehldiagnose ohne Konsequenz.</p>
<p>Welche Verletzungen erlitt die AS am 05.01.? Waren die diagnostischen Maßnahmen des AG ausreichend? Waren die therapeutischen Maßnahmen des AG ausreichend?</p>	<p>Radiusextensionsfraktur Typ C1 links, Commotio cerebri, V.a. Contusio cochlea. Einwandfreie Diagnostik und Therapie (CCT, Kontroll-CCT, HNO- und Neuro-Konsil). Maßnahmen zeitnah und situationsangepasst (elektrolytgesteuerte Infusionstherapie unterstützt mit rheologischen Maßnahmen mit Pentoxifyllin, Cortison-Therapie aufgrund Allergie nicht durchführbar). Procaininfusionen sind umstritten, bedürfen strenger kardiologischer Überwachung, hyperbarer Sauerstofftherapie fehlt wissenschaftliche Fundierung.</p>	<p>Keine Anhalte für das Vorliegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers</p>
<p>Erfolgte die Behandlung der Pat. am 19. und 28.08. mit der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt und nach medizinischem Standard? Durfte die Pat. am 19.08. entlassen werden? Bestehen Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler? Falls ja, ist dieser ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden?</p>	<p>Ja, alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wurden zeitnah durchgeführt und sind bestens dokumentiert. Die Pat. durfte am 19.08. nach Hause entlassen werden, da der AG nach Rücksprache mit Sozialstation und HA von einer adäquaten Weiterversorgung ausgehen durfte. Der plötzliche Tod am 28.08. war nicht vorhersehbar, die Primärdiagnostik (körperliche Untersuchung, Labor, EKG, Röntgen Thorax, CCT) war unauffällig.</p>	<p>Keine Anhalte für das Vorliegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers</p>
<p>War die Diagnose "Gastroenteritis mit Cephalgien" gerechtfertigt? Hätte die durchgeführte Lumbalpunktion zu einem früheren Zeitpunkt erfolgen müssen? Wäre durch eine frühzeitigere Diagnosestellung ein Rückgang aller Beschwerden zu erreichen gewesen? Bestehen Anhalte für einen ärztlichen Behandlungsfehler?</p>	<p>Ja, die aufgetretenen Symptome sehr gut mit einer Gastroenteritis vereinbar. Aufnahmebefunde sprachen für Gastroenteritis, ergaben keinen Anhalt für eine Meningitis, insbesondere keine Nackensteifigkeit. Spätestens ab 07.08. (Krankheitsdauer 10 Tage=untypisch Gastroenteritis, Aggravation der Beschwerden) war Diagnoseüberprüfung erforderlich. Dies erfolgte, wie an den weiteren Maßnahmen Borrelien- und FSME-Test am 07.08., CCT am 08.08. und Lumbalpunktion am 09.08. ersichtlich ist. Vor LP ist es üblich, ein CCT zu fahren, dies erfolgte, wodurch Punktion um 2 Tage verzögert wurde. Dies vertretbar, da Symptome nicht eindeutig für Entzündung der Hirnhäute. Nicht feststellbar, ob eine frühere Diagnose zu einer Beschwerdereduktion geführt hätte, da Genese der Meningitis unklar blieb, am ehesten virale Meningitis, die nicht spezifisch behandelbar ist. Nein, da CCT keinen Hinweis auf Entzündung der Hirnhäute lieferte. Eine zwei Tage frühere Punktion hätte den Krankheitsverlauf wahrscheinlich nicht beeinflusst.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.</p>

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-03-04	37	w	Ehemann	Innere Medizin/Radiologie	02.05. und 03.05. 02 stationär (AG1) u. ambulant (AG2) SDH	Die Pat. wurde am 02.05. aufgrund seit 4 Tage bestehender Kopfschmerzen (verstärkt beim Aufrichten), Lichtscheu und Erbrechen stationär aufgenommen. Anamnestisch seit 13. Lebensjahr bekannte rezidivierende frontale Kopfschmerzen, seit 15 Jahren Hypertonus. Befund: Eisenmangelanämie. Natives CCT zum Ausschluss ICB/SAB (V.a. lt. Arztbrief) von AG1 angefordert und durch AG2 am 02.05. durchgeführt, Normalbefund. Th.: Infusion+Paspertin, Voltaren, Norflex. Darunter deutliche Besserung innerhalb von 24 h. Die Pat. verließ gegen ärztl. Rat das KH am 03.05. Am 27.07. wurde sie notfallmäßig ins KH eingeliefert, CCT: frisches SDH, ICB, Mittellinienverlagerung bei AcomA- Aneurysma, anschließend Craniotomie und Hämatomausräumung.	Aneurysma-Ruptur und Gehirnblutung, genaue Schäden (Pflegestufe, Lähmungen, etc.) nicht weiter spezifiziert. AG1: Therapie unzureichend? AG2: Fehldiagnose?
Gu-03-05	47	m	Patient, anwaltlich vertreten	Neurochirurgie	08.12.99-05.01.00 stationär Meningeom	Beim Pat. wurde 11/1999 ein Meningeom (5,2 x 3,8 cm) der linken Hirnhälfte festgestellt. Beim AG erfolgte am 09.12. die operative Entfernung. Postoperativ wurde eine Lähmung der rechten Seite armbetont festgestellt. Am 14.12. erfolgte eine Revision des OP-Situs, da ein Abszess aufgetreten war.	Revisions-OP, Frührente, Sprachstörungen, inkomplette Lähmung rechter Arm. Operative Therapie?
Gu-03-06	56	w	Patientin, anwaltlich vertreten	Innere Medizin/ Neurologie/ Neuro-radiologie	19.09. u. 20.09.99 stationär Kleinhirnblutung	Pat. wurde am 19.09. um 20.00 Uhr per Notarzt beim AG aufgrund von Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und Kollaps eingeliefert. GCS 15 ist von Notarzt vermerkt. Der AG stellte Diagnosen "hypertensive Krise, vestibulärer Schwindel, HWS-Symptomatik". Ein CCT wurde nicht durchgeführt. Am Morgen gegen 5.30 Uhr trat eine Verschlechterung der Atmung sowie Bewusstseinstörung auf, starke Kopfschmerzen, gegen 11.30 Uhr erfolgte ein CCT: bihemisphärische Kleinhirnblutung mit Kompression 4. Ventrikel. Daraufhin sofortige Verlegung in neurochirurgische Klinik und Trepanation.	Armbetonte Hemiparese links, Abduzensparese links, Doppelbilder, Ataxie links, Dysästhesie rechter Arm. Fehldiagnose?
Gu-04-01	80	w	Betreuerin + Ehemann, anwaltlich vertreten	Innere Medizin	13.08. und 14.08.00 stationär SDH	Pat. erlitt am 13.08. beim Spaziergehen einen Sturz von Treppe auf Asphalt mit Bewusstlosigkeit und retrograder Amnesie. Der AG veranlasste eine Röntgenaufnahme, eine Fraktur war nicht nachweisbar, es bestand Gangunsicherheit, Ptosis links, seitendifferente Neurologie (Dysmetrie Finger-Nase-Versuch rechts) es wurde die Diagnose einer Commotio cerebri mit Hämatom am Hinterkopf gestellt und die Pat. zur Beobachtung auf Normalstation aufgenommen. Um 22 Uhr Auftreten von Kopfschmerzen, Novalgingabe, in der Nacht um 2.15 Uhr wurde die Pat. nicht ansprechbar im Bett aufgefunden, Verlegung in Neurochirurgie, dort Diagnose eines akuten Subduralhämatoms links, Trepanation am 14.08. Nach epiduraler Nachblutung Revision am 18.08. CCT-Kontrolle am 19.08. zusätzlich intracerebrale Blutung.	Pflegebedürftigkeit, schwere neurologische Ausfälle (Schädigung des Sprechzentrums, Rollstuhl erforderlich). Verzögerung Diagnostik?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
AG1: War die Diagnostik und Therapie lege artis? Hätte bei Verdacht auf intracranielle bzw. SAB zum nativen CCT ein CCT mit Kontrastmittel zusätzlich angefordert werden müssen? AG2: Lag bei der CCT-Untersuchung ein regelrechter intracerebraler Befund vor? Konnten mit einem Nativ-CT die Fragestellungen beantwortet werden, die Anlass zur Untersuchung gaben?	AG1: Behandlung lege artis, da Diagnostik ausreichend (körperl. Untersuchung, EKG, Labor, Röntgen-Thorax, CCT). Optimale Diagnostik für SAB (CCT Goldstandard), obwohl Symptomkonstellation nicht unbedingt typisch, Pat. jung (nicht 40-60), keine akuten Vernichtungsschmerzen, kein neurolog. Defizit, keine Nackensteifigkeit). Behandlung OK, da symptomatische Therapie erst nach CT-Befund begonnen. Nein, KM-CT dient der Lokisationsdiagnostik einer SAB, d.h. Diagnose SAB muss nativ vorher gestellt worden sein. Ausnahme: Aneurysmata, die aufgrund ihrer Größe bereits im Nativ-CT erkannt werden, erfordern ebenfalls KM-CT. AG2: CCT Durchführung Leitlinienkonform ('92), 3 mm Schichtdicke Schädel-Basis, 10 mm oberhalb Felsenbein, alle Strukturen vollständig abgebildet, kein Hinweis auf umschriebenen oder diffusen pathologischen Prozess. Insbesondere keine Blutansammlung in den basalen Anteilen des vorderen Interhemisphärenspaltes oder Wühlblutung in die Frontallappen. Regelrechter intracerebraler Befund lag vor. Ja, Blutung konnte ausgeschlossen werden, generell: CCT dient indirektem Nachweis (Blutung), nicht direktem (Aneurysma), da viele Aneurysmata zu klein sind, um diagnostiziert werden zu können, auch bei Kontrastmittel-Gabe (ab ca. 5 mm Größe).	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor.
OP indiziert? OP lege artis? Anhalte, dass Asepsis nicht gewahrt wurde? Ist die postoperative Infektion ein Zeichen, dass die erforderliche ärztliche Sorgfalt nicht eingehalten wurde? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, aufgrund der Tumorgöße und da bereits beginnende Lähmungserscheinungen der rechten Hand bestanden, war OP indiziert. Ja, OP sehr sorgfältig, bspw. wurde V. rolandica in gesamter Ausdehnung erhalten. Nein, sehr sorgfältige Asepsis, bspw. wurden vor der Dura-Eröffnung die Handschuhe gewechselt. Nein, Infektionsrate auch bei sorgfältiger OP > 1%, zusätzlich lag als Risikofaktor Diabetes mit Mikroangiopathie vor. Nein. Entfällt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.
Durften vom AG die Arbeitsdiagnosen "vestibulärer Schwindel, HWS-bedingte Nackenschmerzen, hypertone RR-Entgleisung" gestellt werden? Hätten am 19.09. noch weitere diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden müssen? Lagen bei Aufnahme eindeutige Merkmale einer intracerebralen Blutung vor? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, Symptomatik mit Diagnosen in Einklang zu bringen, es lagen keine Symptome vor, die zwingend für eine DD Anlass gegeben hätten. Nein, dies nicht zwingend erforderlich, da persistierende Symptomatik auch mit hypertensiver Krise vereinbar, auch wenn CCT sinnvoll gewesen wäre. Nein, es lagen Symptome einer Kleinhirnblutung/erhöhten Hirndrucks vor, diese waren jedoch nicht unbedingt wegweisend. Ja, da auf die Verschlechterung des AZ (Atmung) am 20.09. nicht umgehend reagiert wurde, das erforderliche CCT erfolgte erst 6-7 h nach Auftreten der ersten Symptome. Ja, da die OP verzögert wurde, eine um 6 h früher durchgeführte OP hätte zu einem besseren Gesundheitszustand der Patientin geführt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Behandlungsfehler und Kausalität bejaht.
Erfolgte die Aufnahmeuntersuchung mit der erforderlichen Sorgfalt? Hätte bei der Schwere des Sturzes, dem klinischen Befund sowie dem Alter der Patientin ein CCT zum Ausschluss einer Blutung durchgeführt werden müssen? Erfolgte die weitere Überwachung entsprechend dem ärztlichen Standard? Hätte die Entwicklung des SDH frühzeitiger festgestellt werden können? Bestehen Anhalte für einen ärztlichen Behandlungsfehler? Ist der ggf. festgestellte Behandlungsfehler nach gutachterlicher Überzeugung für den eingetretenen Gesundheitsschaden ursächlich?	Nein: Dokumentation spärlich. Besonders wichtig ist die Beschreibung der Neurologie: Als unauffällig beschrieben, aber Gangunsicherheit, Ptosis und Dysmetrie angegeben. Bei Aufnahme diskrete Seitendifferenz der Neurologie, dies muss als ein eindeutiges Warnzeichen zu erkennen sein und DD muss einer intracerebralen Blutung/Oedem diagnostisch nachgegangen werden. Röntgen-Schädel in keiner Weise geeignet, diese auszuschließen, SDH/EDH können ohne Frakturen einhergehen, bei SDH nur in 30-50% der Fälle mit Schädelfrakturen. CCT war erforderlich, auch bei leichtem SHT "I (wie hier) wird bei 9% der Patienten morphologische Veränderungen des Gehirns beschrieben. Zusätzlich stellte AG die DD: TIA, allein dies ist Indikation zur CCT. Nein, dokumentiert nur BHD- und HF-Kontrolle um 16 und 18 Uhr, erforderlich wäre alle 2 h: BHD, HF, Atmung, Bewusstsein, und Neuro (Pupillenreaktion, seitendiff. Muskeleigenreflexe, Babinski, Nackensteifigkeit). Weiterhin gegen 17 Uhr Heparin-Gabe, dies ist nach SHT nur zulässig, wenn Blutung einwandfrei ausgeschlossen ist. Ja, hätte bei sorgfältiger Beurteilung der erhobenen Befunde und 2-stündiger Kontrolle frühzeitiger erkannt werden können. Ja, da großes SDH mit Mittellinienverschiebung beschrieben wurde; dies entwickelt sich nicht innerhalb von 2 h, vermutl. bereits seit Aufnahme, Gehirnschaden bei frühzeitiger Erkennung und Therapie geringer. Ja, ärztlicher Behandlungsfehler, denn die erforderliche Sorgfalt wurde außer Acht gelassen. Ja, Gesundheitsschaden mit hoher Wahrscheinlichkeit bei frühzeitiger Trepanation auf ein Minimum reduzierbar, Heparin-Gabe hat möglicherweise zur Verschlechterung beigetragen.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Behandlungsfehler und Kausalität bejaht. Behandlung in mehrfacher Hinsicht nicht mit ärztlicher Sorgfalt und nicht nach medizinischen Standards durchgeführt. Unzureichende Diagnostik, unzureichende Überwachung, falsche/kontraindizierte Therapie, OP-Verzögerung.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-04-02	39	m	Patient	Unfallchirurgie	AG1: 29.07.-03.08.02 stationär AG2: 15 mal von 05.08.- 26.08.02 ambulant AG3: 28.08.02 ambulant SDH	Der AS erlitt am 29.07. einen Motorradunfall und wurde bei AG1 eingeliefert. Diagnosen: multiple Prellungen, Abschürfungen, Kontusionen, traumatischer Hämatothorax rechts bei Frakturen Rippe 8 und 9. Der Schädel wurde geröntgt, kein Anhalt für Frakturen, keine Anzeichen für neurologische Ausfälle, Entlassung am 03.08. Vom 05.08. bis 26.08. 15-malige ambulante Behandlung bei AG2, hauptsächlich bezüglich des Thoraxes. Kopfschmerzen wurden als HWS-Distorsion gewertet, da stattgehabtes SHT nicht aus Entlassunterlagen des AG1 ersichtlich waren. Bei aufgetretenen Ohrschmerzen wurde das Trommelfell inspiziert, o.p.B. Am 28.08. Vorstellung ambulant bei AG3, wegen Nackenschmerzen und Kopfschmerzen erfolgte manuelle Therapie und Verordnung TENS-Gerät. Bei persistierender Beschwerdesymptomatik MRT am 06.09.: linksseitiges chronisches Subduralhämatom, OP am 07.09.	postoperatives Auftreten einer Minderung der kognitiven Funktionen AG1: Diagnostik unvollständig? AG2: Fehldiagnose? AG3: Verzögerte Diagnostik?
Gu-04-03	53	m	Patient, anwaltlich vertreten	Neuroradiologie	06.04. und 11.04.00 ambulant Gliom °III	Pat. wurde vom Neurologen wegen Verdacht auf cerebrale Anfälle zur weiteren Abklärung zum AG überwiesen. Dieser führte am 06.04. ein CCT mit Befund "hypodenser Herd links frontal ohne Raumforderung" durch, am 11.04.00 ein MRT, Befund: alter vaskulärer Defekt im Grenzzonenbereich frontoparietal links, DD alte Blutung. Am 09.07.2002 erfolgte ein erneutes MRT, Diagnose: Oligodendrogliom links frontal WHO Grad III, am 02.10.02 erfolgte die Tumorresektion, anschließend eine Chemo- und Strahlentherapie.	Schlechtere Heilungsaussichten aufgrund verzögerter Diagnosestellung, Frühverrentung. Fehldiagnose?
Gu-04-04	64	m	Patient	Neurologie	26.11. und 27.11.02 stationär Ponsinfarkt	Pat. (BHD, Diabetes, Adipositas) sucht am 26.11. aufgrund von Unwohlsein, Kopfschmerzen, Schwindel seit dem Morgen den HA auf, wird von diesem zum AG überwiesen und bei V.a. Apoplex um ca. 17.00 Uhr stationär aufgenommen. Befund: verwaschene Sprache, Hemihypästhesie und -plegie links, Ataxie, Facialisparesie. Aufgrund zunehmender neurologischer Symptomatik Verlegung des Pat. am folgenden Tag unter Verdachtsdiagnose "Ponsinfarkt" auf eine Stroke-Unit.	Sprachstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Hemiplegie links. Versorgungsstufe?
Gu-04-05	52	m	Patient, anwaltlich vertreten	Innere Medizin	21.11.03 ambulant (Notarzt) Kleinhirnfarkt	Pat. (seit 6 Mo. intermittierender Schwindel) erlitt am 21.11. erstmals Sprach-, Seh- und Bewegungsstörungen, der AG wurde während seines KV-Bereitschaftsdienstes zu diesem gerufen. Befund: RR 180/110, HF 68, BZ 101, Schwäche, kein Diabetes, keine neurolog. Auffälligkeiten. Diagnose: Z.n. hypertoner Krise ohne neurologische Ausfälle, fragl. kardiale Dekompensation. Rzp. von Delix 2,5 mg, diastol. Druck sinkend. 2 Tage später wurde der Pat. im KH stationär aufgenommen, Diagnose: Kleinhirnfarkt li., mesencephaler Infarkt re., Ursache blieb ungeklärt.	2-facher Apoplex zwei Tage später. Medikamentöse Behandlung?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
AG1: Hätte eine weiterführende radiologische Diagnostik (CCT, MRT) erfolgen müssen? Bestanden Anhalte für das Vorliegen eines SDH? Bestanden bei Entlassung neurologische Ausfälle? AG2: Bestanden während der Behandlung Anzeichen für neurologische Ausfälle? Hätte AG2 aufgrund der Symptome an die Ausbildung eines SDHs denken müssen? AG3: Bestanden während der Behandlungszeit Anhalte für neurologische Ausfälle die an ein SDH hätten denken lassen müssen, ggf. ab wann? Anhalte, dass es während der Behandlungszeit zur Änderung der Beschwerdesymptomatik und zum Auftreten neurologischer Erscheinungen kam, ggf. ab wann?	AG1: Diagnostik ausreichend, da keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie, keine neurologischen Auffälligkeiten, GCS 15 vorlagen. Keine Hinweise auf SHT, keine neurologischen Defizite, Symptomatik bei chron. SDH langsam progredient mit freiem Intervall auch dementsprechend nicht zu erwarten. Keine neurologischen Ausfälle bei Entlassung, plausibel, lagen nicht einmal bei Einweisung in Neurochirurgie am 06.09.vor. AG2: Aufgrund der Informationen von AG1 konnte AG2 nicht von einem stattgehabten SHT ausgehen. Neurologische Ausfälle bestanden nicht, plausibel auch in Kenntnis des Endbefundes. Nein, Symptomatik ist bei sich langsam entwickelnden Hämatomen unspezifisch, da Patient jung, kein Alkoholiker, keine neurologischen Ausfälle vorlagen, war DD nicht zwangsläufig ein chron. SDH in Erwägung zu ziehen, Symptomatik gut durch HWS-Distorsion erklärbar. Bei Ohrschmerzen wurde umgehend Otoskopie durchgeführt. AG3: wie oben, nein. Beschwerdesymptomatik verschlechterte sich zunehmend, so dass MRT durchgeführt wurde, allerdings hauptsächlich aufgrund der Schmerzsymptome.	AG1, AG2, AG3: Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor.
Durfte aufgrund des CCT vom 06.04. die Diagnose "hypodenser Herd links frontal ohne Raumforderung" gestellt werden? Durfte aufgrund des MRT vom 11.04. ein "alter vaskulärer Defekt mit Differentialdiagnose alte Blutung fronto-parietal links" diagnostiziert werden? Hätte der AG eine Kontrolluntersuchung empfehlen müssen? Bestehen Anhalte für einen Diagnosefehler? Ist der ggf. Fehler ursächlich für den Gesundheitsschaden?	CCT: Die Befundbeschreibung ist richtig, keine deutlicheren Raumforderungszeichen sind erkennbar, lediglich der hier lokalisierte Sulcus ist nicht regelrecht entfaltet. Wünschenswert wäre der Hinweis auf eine MRT-Kontrolle im Befund gewesen, allerdings erfolgte diese 5 Tage später. MRT: Generell gehen alle vaskulären Defekte mit Hirnsubstanzverlust einher, entweder in Form einer lokalen Hirnvolumenminderung oder Subarachnoidalraum/Sulci/ Ventrikelabschnitt sind erweitert. Dies war in Höhe der hypointensen Läsion nicht der Fall, auch keine Kolliquationsnekrosen mit cystischen Strukturen lagen vor, daher war die Diagnose unwahrscheinlich. DD "alte Blutung" ist falsch, da keine Blutungsstigmata erkennbar waren, weiterhin hätte bei dieser DD eine GRE durchgeführt werden müssen. Unter Berücksichtigung der Anamnese hätte als DD ein Hirntumor berücksichtigt werden müssen. Bei Diagnose "vaskulärer Defekt" ist Kontrolle ohne Sinn, aber bei Diagnose eines niedriggradigen Glioms wäre Kontrolluntersuchung richtungsweisend gewesen, PE wäre bei DD Hirntumor erforderlich gewesen. Es liegt ein Diagnosefehler vor.	Ein ärztlicher Diagnosefehler liegt vor. Inwieweit bei rechtzeitiger Diagnostik und Therapie eingetretene Gesundheitsschäden vermeidbar gewesen wären, kann nicht beantwortet werden.
War die Behandlung des AS durch AG ausreichend? Hätte zusätzlich eine Infusionstherapie durchgeführt werden müssen? Hätte die Verlegung auf eine Stroke-Unit früher erfolgen müssen? Hätte dadurch der eingetretene Gesundheitsschaden reduziert werden können?	Ja, EKG, Röntgen-Thorax, CCT, Labor, klin. Untersuchung erfolgt, Blutdruck- und gerinnungswirksame Medikamente gegeben, Basistherapie OK. Nein, Infusionstherapie kein Standard, in Einzelfällen hilfreich (Blutbildveränderungen/Kreislauf, hier nicht gegeben). Nein, Symptombeginn nicht exakt fassbar, zunehmend über 24 h im Sinne eines progressiven Apoplex. Pat. war dadurch eindeutig nicht für eine systemische Thrombolyse geeignet, dadurch war auch eine unmittelbare Einweisung auf eine Stroke-Unit nicht angezeigt. Dokumentierte Vitalparameter und Blutzuckerwerte machten eine engmaschigere Überwachung als die durch den AG nicht erforderlich. Nein, der Gesundheitsschaden ist bei diesem Gefäßrisikoprofil Ausdruck einer unausweichlichen Zerstörung von Hirngewebe bei stattgehabter, jahrelanger Schädigung der Blutgefäße.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.
Behandlung OK? Haben die Beschwerden des Pat. auf einen drohenden oder erfolgten Apoplex hingewiesen? Hätten die Apoplexe des Pat. durch eine sofortige stationäre Aufnahme verhindert werden können? Lag bei Aufnahme eine frische Gehirnblutung vor? Kann der "hypodenser Defekt" im CCT zeitlich eingeordnet werden?	Ja, vollständige klinische und neurologische Untersuchung ohne Auffälligkeiten sowie EKG erfolgt, weiterhin wies AG den Pat. an, bei Wiederauftreten Notarzt zu rufen. Nein, Pat. erlitt TIA, dies kann Vorbote eines Apoplex sein, deshalb Ursachensuche erforderlich. Häufig sind Stenosen der hirnersorgenden Gefäße, solche konnten durch den AG nicht festgestellt werden und ergaben sich auch nicht bei späterem KH-Aufenthalt. Es lag kein Vorhofflimmern vor, lediglich erhöhter BHD. Mit großer Wahrscheinlichkeit nein, da Ursache ungeklärt war und auch blieb und damit nicht zielgerichtet behandelt werden konnte, die einzige Auffälligkeit, der BHD, wurde adäquat behandelt. Nein, konnte durch CCT ausgeschlossen werden. Bei Artefaktüberlagerung lediglich als "nicht frisch" feststellbar.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-04-06	38	m	Patient, anwaltlich vertreten	Neurochirurgie	AG1: 06.02.01 AG2: 13.02.01 stationär Aneurysma	Beim Pat. wurde als Zufallsbefund ein Aneurysma des Ramus communicans anterior diagnostiziert. Durch AG1 wurde am 06.02. eine supraorbitale Trepanation vorgenommen, das Aneurysma konnte mittels Clipping und Wrapping nur teilweise ausgeschaltet werden. Daher wurde am 13.02. durch AG2 versucht, den verbliebenen Aneurysmaanteil mittels Coiling-Embolisation auszuschalten, dies gelang aufgrund technischer Probleme nicht. Postoperativ trat eine linksseitige Hemiparese auf. Pat. gibt an, nicht über eine direkte Möglichkeit der Embolisation aufgeklärt worden zu sein.	Apoplex, Hemiparese, GdB 50%. AG1+AG2: operative Therapie?
Gu-04-07	58	m	Betreuer	Neuroradiologie/ Neurologie	Ag1: 19.07.-27.07.99 AG2: 12.07.-05.08.99 ambulant/stationär SDH/M. Parkinson	Pat. stellte sich bei AG1 aufgrund starker Kopfschmerzen notfallmäßig vor, CCT ergab kein SDH. Stationäre Aufnahme, symptomatische Therapie, Entlassung am 27.07. Pat. bei AG2 seit 05/99 in Behandlung mit Diagnose M. Parkinson. Am 06.08. Aufnahme in neurologische Klinik aufgrund Angst- und Wahnzustände. Dort Diagnose von SDH bds. anhand der mitgebrachten CCT-Aufnahmen von AG1. OP am 13.08., danach Beschwerdebesserung. Im weiteren Verlauf Diagnose einer Demenz vom Lewy-body-Typ.	Kopfschmerzen, Vigilanzstörungen, Minderung kognitiver Leistungen AG1 +AG2: Fehldiagnose?
Gu-04-08	55	w	Patientin, anwaltlich vertreten	HNO	20.10.-01.11.99 stationär Cholesteatom	Bei der Pat. wurde am 21.10. vom AG ein Paukencholesteatom mit mesotympanaler Trommelfellperforation links operiert. Im Rahmen des Eingriffs kam es zur Eröffnung des Sinus sigmoideus. Die Versorgung der Blutung erfolgte mittels Muskelfascienläppchens sowie Unterbindung der V. jugularis interna links.	Not-OP, Fremdblutübertragung, rezidivierende Kopfschmerzen, Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich, Hörminderung links. Operative Therapie?
Gu-04-09	73	w	Patientin, anwaltlich vertreten	Neurologie	28.07.03 ambulant Apoplex	Pat. suchte am 28.07. erstmals den AG auf, da dem Ehemann am Morgen desselben Tages eine auffällige Verhaltensweise und Sprachstörungen aufgefallen waren. AG stellte Verdachtsdiagnose TIA, Therapie: ASS, Enahexal, Rökan, eine KH-Einweisung wurde nicht veranlasst.. Am 29.07. wurde die Patientin in KH stationär aufgenommen, Diagnose: linksseitiger Mediateilinfarkt.	Aphasie. Verzögerung Einweisung?
Gu-04-10	39	w	Betreuungs- stelle	Gynäkologie	20.08.-24.08.01 stationär cerebrale Massenblutung	Die Pat. entband am 20.08. beim AG, Spontangeburt ohne Besonderheiten. Am Folgetag wurde bei abgeschlossener Familienplanung eine operative Sterilisation vorgenommen. Entlassung am 24.08., am 25.08. wurde Pat. bewusstlos aufgefunden und ins KH gebracht. CCT: cerebrale Massenblutung mit Ventrikeleinbruch, Craniotomie.	Spastische Hemiparese rechts, Inkontinenz, Aphasie. Fehldiagnose?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
AG1: Hätte der Pat. vor der ersten OP über die Möglichkeit einer Embolisation aufgeklärt werden müssen? War die OP indiziert, oder hätte eine Embolisation erfolgen müssen? Erfolgte die OP lege artis? Wenn ja, warum konnte das Aneurysma nur teilweise ausgeschaltet werden? AG2: Eingriff lege artis? Hätten die technischen Probleme vermieden werden können? Hätte die Hemiplegie verhindert werden können?	AG1: Ja, dies erfolgt (alternative Therapien existieren), eine genauere Spezifizierung war nicht notwendig, da beide Verfahren alternativ sind. Ja, die OP war indiziert (Größe 12 mm); Clipping ist Standardverfahren, insbesondere im vorderen Hirnkreislauf. Zudem ist bei vorliegendem breiten Aneurysma-Hals die Embolisation eher ungeeignet. Weiterhin fehlen Ergebnisse im Langzeitverlauf hinsichtlich der Embolisation. Ja, OP lege artis. Intraoperativ kam es aufgrund anatomischer Besonderheiten (nicht durch Angio darstellbar) zum Einreißen des A2 Segmentes. Dies ist teilweise unvermeidlich, OP muss wegen Nachblutungsgefahr dann beendet werden. AG2: Ja, kein Hinweis auf untersuchungstechnisch bedingte Komplikation oder Durchführung. Nein, techn. Probleme = Coils konnten nicht abgelöst werden, ist zwar nicht üblich, aber bekannt (7-10%), daher korrekterweise Abbruch nach 3 Versuchen. Nein, da Ursache der Thalamischämie unbekannt, kein Vasospasmus/Dissektat aufgetreten.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt weder bei AG1 noch bei AG2 vor.
AG1: Waren im CCT die subduralen Hämatome bds. erkennbar? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich? AG2: Durfte die DD "M. Parkinson" gestellt und eine entsprechende Therapie eingeleitet werden? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	AG1: Ja, bifrontal gelegene sichelförmige, raumfordernde hypodense Zonen, wie sie für chronische subdurale Hämatome typisch sind, waren auf den CCT Aufnahmen erkennbar. Ja, Diagnosefehler. Ja, vorübergehend, nach Entlastung nicht mehr vorhanden. AG2: Die Diagnose "Parkinson" durfte aufgrund der Symptome gestellt werden, die Therapie war korrekt. Weiterhin durfte er sich auf die Diagnose von AG1 verlassen. Nein, er hätte allerdings weitere Untersuchungen zu Ursachen für die Kopfschmerzen veranlassen müssen, ein gesundheitlicher Schaden ist dem Antragsteller allerdings daraus nicht entstanden.	AG1: Ein ärztlicher Diagnosefehler liegt vor. Er hat zu einem vorübergehenden Gesundheitsschaden geführt. AG2: Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.
War die OP indiziert? OP lege artis? Hätte die Komplikation der Blutung vermieden werden können? Erfolgte die Behandlung der Komplikation lege artis? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, da Trommelfellperforation und Hörminderung vorlagen. Das intraoperativ festgestellte Cholesteatom bestätigt die Indikation zusätzlich. Ja, OP-Bericht gibt keinen Anhalt für Abweichung vom medizinischen Standard. Nein, aufgrund der anatomischen Nachbarschaft kann es im Rahmen von Mittelohroperationen zur Eröffnung des Sinus sigmoideus kommen. Dies ist eine seltene, jedoch typische Komplikation des Eingriffs. Ja, die Blutung konnte gestillt und die OP fortgesetzt werden. Unterbindung der Vena um Luftembolie vorzubeugen. Nein. Entfällt.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor.
War die Diagnose einer TIA richtig? War die aufgrund der Diagnose durchgeführte Therapie indiziert? Hätte der AG die Patientin sofort in ein KH einweisen müssen? Hätte durch eine sofortige KH-Einweisung der Apoplex verhindert werden können? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, da vollständige Rückbildung der Symptomatik innerhalb von 24 h. Ja, ASS üblich bei TIA, wenn auch tendenziell kritisch ohne vorherige Bildgebung, da andere Ursachen denkbar sind. Enahexal comp. bei Blutdruckwerten von 220/110 indiziert, keine KI für Rökal. Ja, der AG hätte die Patientin umgehend in ein KH einweisen müssen, inwieweit die Empfehlung durch AG hierzu erfolgte, bleibt strittig. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nein, Pat. erhielt bereits ASS, Mittel der Wahl zur Sekundärprophylaxe, Lysetherapie wäre bei sofortiger Einweisung nicht indiziert gewesen. Ja, aber untergeordnete Bedeutung, da richtiger Einsatz therapeutischer Medikamente. Nein.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Er hat jedoch nicht zu dem Schlaganfall bei der Antragstellerin geführt.
Waren während des stationären Aufenthaltes Symptome zu erkennen, die auf die Möglichkeit einer Hirnmassenblutung hindeuten könnten? Wenn ja, wurden sie fehlerhaft nicht beachtet? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Nein, weder klinisch noch laborchemisch Hinweis auf Massenblutung. Entfällt. Nein, erheblicher Nikotinabusus dokumentiert. Entfällt.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-05-01	77	w	Betreuerin	Innere Medizin	11.-16.12.01 stationär Apoplex	Die Pat. (V.a. TIA '98) wurde auf Veranlassung des HA beim AG stationär aufgrund von Kraftlosigkeit, Sensibilitätsstörungen und Schmerzen im LWS-Bereich aufgenommen. Der AG stellte die Diagnosen "Coxarthrose, pseudoradikuläres LWS-Syndrom und Polyneuropathie bei Diabetes mellitus". Am 15.12. traten Zeichen einer cerebralen Perfusionsstörung auf, CCT vom Folgetag zeigte ischämische Veränderungen im Stammganglienbezirk links, mehrere Tage alt, ab dem 16.12. erfolgte eine intensivmedizinische Betreuung.	Hemiparese rechts. Fehldiagnose?
Gu-05-02	54	m	Patient, anwaltlich vertreten	HNO	30.10.-04.11.02 ambulant Meningitis	AG1 und AG2 bilden Gemeinschaftspraxis. Pat. war seit 08/2002 in Behandlung bei Diagnose Septumdeviation, Sinusitis. Nach CCT wurde Indikation zur OP gestellt, diese erfolgte durch AG1 am 30.10. Nachkontrollen am OP-Tag, am 01.11. und 04.11. durch AG2. Die Beschwerden des Pat. wurden als Magen-Darm-Infekt interpretiert. Am 04.11. stationäre Aufnahme in KH, Diagnose "bakterielle Meningitis" bei Duraverletzung im Siebbeinbereich, Revisions-OP.	Kopfschmerzen, Revisions-OP, Lebensgefahr. AG1: operative Therapie? AG2: Fehldiagnose?
Gu-05-03	56	m	Patient, anwaltlich vertreten	Transfusions- medizin	12. u. 16.06.03 ambulant intracerebrale Blutung	Pat. (Z.n. Mediainsult '95, thrombophile Diathese) stellte sich beim AG am 12.06. zur Optimierung des Quickwertes anlässlich einer anstehenden Zahnarztbehandlung vor. Quick 24%, INR 2,25. Marcumar wurde vom AG abgesetzt, Heparin nicht gegeben. Kontrolle am 16.06: Quick 14%, INR 3,47, zusätzlich Schwindel und Sehstörungen. Vereinbarte Wiedervorstellung am Nachmittag wurde von AS nicht wahrgenommen. Am Folgetag stationäre Aufnahme bei Quick 95%, INR 1,04. CCT ergab intracerebrale Blutung occipital rechts.	Sprachstörungen, Augenflimmern, Sexualstörungen, Einschränkung der Lebensqualität. Medikamentöse Therapie?
Gu-06-01	Ge- burt	m	Mutter	Gynäkologie	23.02.-01.03.02 stationär Meningoencephalitis	Die Mutter (I. Gravida, I. Para) wurde am 23.02. durch AG von einem Jungen (Pat.) aus vorderer Hinterhauptslage entbunden. Entbindung erfolgte mittels Vacuumextraktion vom Beckeneingang aufgrund eines pathologischen CTGs. APGAR: 7,9 nach 5 min, 10 nach 10 min, pH 7,1. Bei der U2 wurden keine Auffälligkeiten festgestellt. Am 01.03. wurden Mutter und Kind entlassen. Gegen Abend des Entlasstages entwickelte Pat. 38,3° C, stationäre Aufnahme in anderem KH, Diagnose: Streptokokken-B-Meningoencephalitis.	multiple Störungen, Sehstörung (gesetzl. Blind anerkannt), Entwicklungsverzögerung, leichte spastische Hemiparese links. Operative Therapie?
Gu-06-02	30	w	Patientin, anwaltlich vertreten	HNO	17.11.04 ambulant Nasentrauma	Die Pat. erlitt am 01. und 04.11. jeweils ein Prelltrauma der Nase, Frakturen waren röntgenologisch nicht nachzuweisen. Der AG diagnostizierte eine Septumdeviation und Nasenprellung ohne Frakturnachweis sowie einen Nasenhöcker. Daraufhin führte der AG eine Septumkorrektur und Rhinoplastik mit Osteotomie durch. Am 01.02. erfolgte eine Korrektur-OP.	Behinderte Atmung, Korrektur- OP Operative Therapie?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
<p>Durfte am 11.12. eine Coxarthrose, pseudoradikuläres LWS-Syndrom und Polyneuropathie als Grund der Beschwerden diagnostiziert werden? Wann traten die ersten Zeichen einer cerebralen Perfusionsstörung auf? Hätte der Apoplex verhindert werden können? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>Ja, Polyneuropathie nicht belegbar, aber Röntgenaufnahmen zeigen deutliche degenerative Veränderungen bei klinischer Lumboischialgie ohne sensorische oder motorische Ausfälle. Am 13.12., passagere Schwäche der rechten Hand (von Tochter dokumentiert), am 15. armbetonte Halbseitenschwäche (Pflegepersonal), am 16. armbetonte Hemiparese (Arzt). Nein, aufgrund multipler Gefäßrisikofaktoren bestand Arteriosklerose, d.h. auch Antikoagulation nach TIA am 13.12. wäre nicht sicher erfolgreich gewesen. Ja, keine Konsequenzen aus bekanntem TIA-Verdacht gezogen, Therapie erfolgte am 15.12. ca. 12 h nach Beginn der progredienten Symptomatik, CCT und Verlegung erst am Folgetag. Ja, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Gesundheitsschaden geringer ausgefallen wäre.</p>	<p>Nach der Dokumentation zu schließen, liegen ein ärztlicher und ein pflegerischer schwerer Behandlungsfehler vor. Kausalität bejaht bis unklar.</p>
<p>AG1: War die OP indiziert? Aufklärung in ausreichender Weise durchgeführt? OP lege artis? AG2: Kontrolluntersuchungen lege artis? Hätte die Duraverletzung erkannt werden müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>AG1: Ja, sowohl die Septumkorrektur als auch NNH-Sanierung, da Belüftungsstörung aufgrund 2-fachen Nasenbeinbruchs mit korrespondierender chronischer Sinusitis. Ja, alle Risiken und Komplikationen schriftlich festgehalten, ausreichend Bedenkzeit bis OP (> 2 Wochen). Anhand OP-Bericht keine Abweichung von aktuellen operativen Standards erkennbar, Komplikation ist operationsimmanent. AG2: Schwierig, divergierende Aussagen zwischen AS und Krankenblatt des AG. Nicht sicher feststellbar, inwiefern AG am 01.11. von Liquorfistel ausgehen musste. Allerdings hätte spätestens am 04.11. aufgrund der Symptome (Kopfschmerzen, Übelkeit, Lichtscheu) von Meningitis ausgegangen werden müssen. Ja, Meningitis war am 04.11. im Anfangsstadium vorliegend. Nein, kein bleibender Gesundheitsschaden, Verzögerung um 6 h ergab keine Änderung des Behandlungsverlaufs.</p>	<p>AG1: Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor. AG2: Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor, er hat jedoch zu keinem Gesundheitsschaden geführt.</p>
<p>Durfte am 12.06. die Marcumartherapie abgebrochen werden? Hätte zu diesem Zeitpunkt eine Überlappung mit Clexane erfolgen müssen? Hätte am 16.06. eine KH-Einweisung oder ein CCT erfolgen müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>Ja, zahnärztlicher Eingriff setzt intakte Gerinnung voraus, daher musste bei INR 2,25 Marcumar ohne Zweifel pausiert werden. Nein, erst ab Werten unter INR 2,0, vorsichtiges Vorgehen wegen stattgehabter Blutungskomplikationen angezeigt. Ja, aufgrund der Beschwerdesymptome in Verbindung mit Patientengeschichte und Komorbidität hätte stationäre Aufnahme empfohlen werden müssen. Die Gehirnblutung wurde von den Ärzten klinisch übersehen, CCT wäre nur bei progredienter Symptomatik indiziert gewesen. INR-Werte vom 16. sind nur durch falsche Messergebnisse/Probenverwechslung zu erklären. Ja, KH-Aufnahme und Monitoring des neurolog. Status war erforderlich. Nein, frühere Erkennung hätte Therapie nicht geändert.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Kausalität verneint.</p>
<p>War die Vacuumextraktion indiziert oder war eine sekundäre Sectio erforderlich? Wurde der Eingriff korrekt durchgeführt? Sind die Kopfhautverletzungen auf eine fehlerhafte Durchführung zurückzuführen? War die Streptokokkeninfektion vorherzusehen, durch andere Entbindungsart zu verhindern? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>Vacuumextraktion war nicht zwingend indiziert, vielmehr schwieriger (Pfeilnaht gerade), eine sekundäre Sectio wäre schonender gewesen. Ja, eine fehlerhafte technische Durchführung bis auf unzureichenden Höhenstand nicht feststellbar, auch wenn Manöver ungewöhnlich lange und viele Traktionsversuche mit der Glocke (2 x Abriss) von Nöten waren. Nein, Vakuumextraktion erzeugt Unterdruck, Geburtsgeschwulst ist insofern üblich und notwendig. Rückbildung normalerweise innerhalb von 12-24 h. Nein, Streptokokkeninfektion war nicht vorherzusehen, keine Auffälligkeiten über 6 Tage/bei U2. Nein, trotz mehrer Mängel war Vakuumextraktion eventuell die schnellste Methode, die postpartalen Werte (APGAR, pH) schließen eine peripartale Hirnschädigung mit großer Wahrscheinlichkeit aus. Nein, Meningitis hätte sich auch durch anderes geburtshilfliches Manöver nicht verhindern lassen.</p>	<p>Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor.</p>
<p>Ab wann bestand der Nasenhöcker bei der AS? Knöchern oder Weichteilvermehrung? OP indiziert und lege artis? Ursache des am 02.12. festgestellten Nasenhöckers? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>Nasenhöcker erstmalig am 04.11. dokumentiert, anhand leichter Konvexität des Nasenbeins/fehlender Weichteilverdickung ist von einem knöchernen Höcker auszugehen. Septorhinoplastik in der Regel Wahleingriff, wird unter ästhetischen, in zweiter Linie funktionellen Gesichtspunkten durchgeführt. D.h. für Indikation spielen subjektiv empfundene Störung der Patientin wichtige Rolle. Bei Berücksichtigung der Röntgenbilder konnte Indikation zur Rhinoplastik mit Ziel Höckerabtragung gestellt werden. Typisch, dass Rhinoplastik mit Septumkorrektur erfolgt ist, da oft Korrektur der äußeren Nasenform durch Septumbegradigung erst möglich ist. Ja, bei Erst-OP wird typischerweise so vorgegangen, dies erfolgte, siehe Befund des nachbehandelnden Arztes. Ungeklärt. Nein. Entfällt.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.</p>

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-06-03	33	m	Patient, anwaltlich vertreten	Neurochirurgie	16.01.-17.02.03 stationär Kolloidzyste im 3. Ventrikel	Pat. wurde am 16.01. beim AG aufgrund Übelkeit, Kopfschmerzen und retrograder Amnesie notfallmäßig aufgenommen. Der AG diagnostizierte einen Hydrocephalus occlusus und legte externe Ventrikeldrainage an. Diagnose: Kolloidzyste. Am 27.01. intracranielle Endoskopie, Tumorextirpation frustan, da schlechte Sicht (blutiger Liquor), daher frontale Kraniotomie, Callosotomie mit Fensterung Septum pellucidum, Exstirpation erfolgte nicht. Verlegung am 17.02. am 27.02. erfolgte extern Tumorextirpation.	Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses. Operative Therapie?
Gu-06-04	55	m	Patient, anwaltlich vertreten	HNO / Radiologie	23./24.03.04 Stationär chron. Sinusitis	Erstvorstellung beim AG aufgrund langjähriger rez.. Infekte, behinderte Nasenatmung. AG stellte Diagnosen: Septumdeviation, Conchaehyperplasie. NNH-OP erfolgte am 23.04. OP und postoperativer Verlauf unauffällig bis Vormittag des Folgetages. Da erstmals Unruhe, Gleichgewichtsstörungen, V.a. Hirnstammischämie wurde gestellt.	Hirnstammischämie, Gangunsicherheit. Operative Therapie?
Gu-07-01	67	m	Patient, anwaltlich vertreten	Unfallchirurgie	11.10.-13.10.05 stationär SHT, Frontobasisfraktur	Pat. erlitt am 11.10. Reitunfall, 18 Uhr Einlieferung bei AG. Röntgenaufnahmen des Schädels ohne Frakturnachweis, ausgedehnte Gesichtsverletzungen, MC-V Fraktur. Pat. verließ gegen ärztlichen Rat die Klinik gegen 20.00 Uhr, Rückkehr um 22.30 Uhr aufgrund von Kopfschmerzen. Feststellung von Rhinoliquorrhoe durch AG, Antibiose eingeleitet. Am Folgetag CCT, HNO-Konsil und Verlegung am 13.10. mit Diagnose "Frontobasisfraktur" in HNO-Klinik. Dort OP am 14., Entfernung Glassplitter aus Wange.	Kopfschmerzen, Schwindel, Geruchs- und Geschmackssinn beeinträchtigt. Fehldiagnose?
Gu-07-02	77	w	Tochter (Erbin)	Neurologie	14.09.-19.09.05 stationär Stammganglienblutung	Notfallmäßige Aufnahme der Pat. (BHD, VHF, mechan. Mitralklappe, Marcumar) beim AG aufgrund akuter Hemiparese re., motorische Aphasie, CCT: Stammganglienblutung im Rahmen oraler Antikoagulation. Nach Kardio-Konsil Beendigung der Antikoagulation ohne Antagonisierung. Im weiteren Verlauf zeigte CCT Zunahme der Blutung mit Mittellinienverlagerung, Neurochir.-Konsil: keine sinnvolle OP-Indikation. Pat. verstarb am 19.09.	Tod. Fehlmedikation?
Gu-07-03	66	w	Betreuer	Neurologie	25.02.-06.03.04 stationär SDH	Pat. (Z.n. Leber-Tx, multiplen Stürzen mit EDH und Schenkelhalsfraktur) war ab dem 25.02. in stationärer Reha beim AG. Am Morgen des 04.03. kam es beim Wiegen der Pat. (Transfer von Rollstuhl auf Sitzwaage) zum Sturz mit Schmerzen im Hüftbereich. Am Morgen des 06.03. traten Vigilanzstörungen auf, CCT ergab eine ausgedehnte links cerebrale SDH, sofortige Verlegung in neurochirurgische Klinik, OP am Folgetag.	SDH und Operation. Versorgungsstufe?
Gu-07-04	66	m	Patient, anwaltlich vertreten	Allgemeinmedizin	30.01.05 ambulant intracerebrale Blutung	Pat. suchte AG aufgrund von Kopfschmerzen im Sonntagsdienst auf. AG stellte V.a. Migräne. Am Folgetag wurde bei einem Augenarzt eine Hemianopsie festgestellt und der Pat. unter Diagnose "V.a. Apoplex" ins KH eingewiesen. Dort Feststellung einer intracerebralen Blutung unklarer Genese.	Beeinträchtigung der Gehfähigkeit, Koordinationsschwierigkeiten. Fehldiagnose?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
War die Aufklärung ausreichend? War die OP am Aufnahmetag dringend notwendig oder wäre noch Zeit für eine Verlegung in eine Neurochirurgie vorhanden gewesen? 2. OP indiziert? OP lege artis? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, wesentliche Komplikationen genannt. Ja, Hirndrucksymptomatik lag vor, Gefahr des sog. "Sudden death" bestand, wenn beide Foramina monroi verlegt worden wären (bis zu 20% Letalität), rasche Liquorableitung geboten. Ja, operative Methoden sind kontrovers, eindeutige operative Standardtherapie nicht gegeben. Konsens, dass operative Therapiebedürftigkeit besteht. Ja, endoskopischer OP-Teil und Abbruch dieses nachvollziehbar. Kolloidzyste wurde belassen, um Fornices nicht zu beschädigen, obwohl dies durch operativen Zugang im Interhemisphärenspalt bereits eingetreten war. Nachbehandler benötigte 2 Eingriffe, um Zyste zu entfernen, daher Entscheidung des AG zur Nicht-Entfernung vertretbar. Nein, entfällt. Kommission: Fornicesschädigung kein Fehler, aber Nicht-Entfernung der Zyste im Anschluss nicht nachvollziehbar.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Kausalität bejaht.
OP indiziert? OP lege artis? Bestehen Anhalte, dass die Hirnstammischämie durch die OP verursacht wurde? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, chronische Erkrankung bei allergischer Rhinitis, Septumdeviation und Conchaehyperplasie, konservative Therapie ohne Erfolg. Ja, standardisierte OP-Schritte eingehalten. Nein, da alle knöchernen Operationsgrenzen intakt waren (radiologisch belegt). Auch postoperativer Verlauf spricht gegen Folge des HNO-Eingriffes. Nein, entfällt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.
War die Notfalldiagnostik und -Behandlung zeitgerecht? War Diagnostik und ihre Beurteilung ausreichend? Hätte das CCT früher durchgeführt werden müssen? War die Behandlung der Glassplitter angemessen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, aus Akten keine inakzeptable Verzögerung erkennbar, Röntgenaufnahmen 30 min nach Aufnahme erfolgt. Nein, keine Symptom-Hinweise auf Gehirnbeteiligung, Röntgenaufnahmen ausreichend. Nasenbluten kann Liquorrhoe kaschieren. Aber auf Röntgenaufnahmen ist deutlich intracraniale Luft erkennbar, die in Verbindung mit klinischem Befund unschwer zu V.a. frontobasale Fraktur führt. Fremdkörper in Weichteilen nicht beschrieben. Nein, Diagnosesicherung sollte dringlich, nicht unbedingt notfallmäßig erfolgen. Früheres CCT hätte keine therapeutischen Konsequenzen gehabt. Ja, primäres Belassen ist bei Erstversorgung kein Fehler, wegen Gefahr der N. facialis-Verletzung bei schlechter Übersicht. Nein, verzögerte Diagnosestellung durch ursprünglichen Diagnosefehler, aber irrelevant. Nein.	Ein für einen Gesundheits-schaden ursächlicher ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor. (Ursprünglicher Diagnosefehler ja, Kausalität nein)
Hätte die Antikoagulation initial aufgehoben werden müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Bei Hirnblutung unter Antikoagulation sollte FFP gegeben werden. Aber Patientin hatte mechanische Herzklappe in Mitralkappenposition und Vorhofflimmern, was mit besonders erhöhtem Thromboembolierisiko einhergeht. Für diese Konstellation existieren keine Leitlinien. Entscheidung des AG zur Beendigung der Antikoagulation ohne eine forcierte Antagonisierung deshalb vertretbar. Nein, entfällt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.
War die Patientin körperlich in der Lage, den Transfer zusammen mit einer Hilfsperson durchzuführen? Hätte der Transfer in anderer Weise durchgeführt werden müssen? Wäre die Hilfe von zwei Personen erforderlich gewesen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, sowohl aus klinisch-neurologischen Befunden als auch aus Verlauf der Frührehabilitation sowie physiotherapeutischem Befundbericht geht hervor, dass Patientin zu Transfer in der Lage war. Nein, Durchführung entsprach in typischer Weise dem physiotherapeutischen Rehabilitationsverlauf. Nein, eine Person war angemessen. Nein. Entfällt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler ist nicht feststellbar.
Ist die vom AG gestellte Diagnose nachvollziehbar? Hätte der AG aufgrund des Beschwerdebildes und der erhobenen Befunde eine weiterführende neurologische Diagnostik veranlassen müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, Diagnose ex ante nachvollziehbar, Pat. klagte über einseitige Kopfschmerzen rechts, keine weiteren Beschwerden, Kraft, Sensibilität, Reflexe seitengleich, BHD 134/70. Nein, symptombezogene, orientierende neurologische Untersuchung durchgeführt, für einen abwendbar gefährlichen Verlauf bestand zu diesem Zeitpunkt kein Anhalt. Nein. Entfällt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-07-05	14	m	Eltern, anwaltlich vertreten	Innere Medizin	15./16.10.04 stationär Meningitis	Pat. litt unter Fieber bis 40°C, Exantheme, Kopf-, Halsschmerzen und AZ-Verschlechterung, HA stellte Verdachtsdiagnose "Mononukleose" und veranlasste die Klinikeinweisung. Aufnahme beim AG, gegen 18 Uhr aufgenommen. Befunde: AZ-Reduzierung, 37,6 °C, Labor: Leukos 23,7, Thrombos 113, CRP 17,5 mg/dl. Diagnose eines fieberhaften Infektes, Antibiose, symptomatische Therapie. Um 4.00 Uhr morgens AZ-Verchlechterung, Meningismus, sofortige Verlegung in Kinderklinik, dort Diagnose einer Meningokokkenmeningitis.	Potenzielle Langzeitfolgen einer Meningitis. Fehldiagnose?
Gu-07-06	22	m	Mutter (Betreuerin)	Neurochirurgie	12.08.02-20.03.03 stationär/ambulant SHT °III	Pat. erlitt bei Unfall Polytrauma, SHT °III, SDH. Versorgung mittels Schädeldachplastik und ventrikuloperitonealer Shunt. Am 12.08. erlogte die Verlegung in die Reha, bei bestehender postoperativer Epilepsie. Dort erfolgte vermutlich unbeobachteter Sturz mit Beschädigung der Schädeldeckenplastik.	Allgemeine Verschlechterung von Motorik, Sprache und kognitiver Leistung. Therapie unvollständig?
Gu-08-01	40	m	Witwe, anwaltlich vertreten	Innere Medizin	13. und 16.12.05 ambulant parainfektöse Encephalitis	Pat. suchte den AG (HA) am 13.12. aufgrund seit 3 Wochen bestehenden Hustens und Druckgefühls der NNH auf. Der AG stellte die Diagnose "eitrige Sinusitis" und verschrieb Klacid. Wiedervorstellung am 16.12., keine Beschwerdeverbesserung, zusätzlich Kopfschmerzen, daher Umstellung des Antibiotikums auf Tavanic. Die Schwere des Krankheitsbildes ist an diesem Tag zwischen AS und AG strittig. Am 18.12. wurde der Pat. bei zunehmender Desorientiertheit unter der Verdachtsdiagnose "Herpesencephalitis" stationär aufgenommen und verstarb am 20.12.	Foudroyanter Krankheitsverlauf, Tod. Fehldiagnose?
Gu-08-02	69	m	Patient	Neurochirurgie	14.12.05-04.01.06 stationär SDH	Nach Fahrradsturz trat beim AS ein SDH auf, welches operativ am 29.11. mittels rechts-frontaler Bohrlochtrepanation entlastet wurde. Der AS wurde bei vollständig rückgebildeter neurologischer Symptomatik am 14.12. in die stationäre AHB (AG) verlegt, Therapieempfehlung im Arztbrief: CCT-Kontrolle bei ungestörtem Verlauf in 14 Tagen. Diese erfolgte durch den AG nicht. Nach u.a. erfolgter Belastungssteigerung wurde der AS am 04.01. vom AG beschwerdefrei entlassen, in CCT-Kontrolle am 11.01. wurde ein Rezidiv des chronischen SDH festgestellt, am 20.01. erfolgte eine Trepanation.	Folge-OP bei Rezidiv. Diagnostik unvollständig?
Gu-08-03	47	m	Patient	HNO	6 Jahre, 96-03 ambulant Vestibularis- Schwannom	Laut AS lag seit '92 ein Tinnitus vor, dies ist strittig. Dokumentiert ist eine Behandlung durch den AG seit 1996 aufgrund wechselnder HNO-Krankheitsbilder, ein Tinnitus ist erstmalig 1998 dokumentiert. 2003 ist erstmalig eine "Schwerhörigkeit links progredient, rez.. Hörstürze" vermerkt. Die Tonschwellaudiometrie ergab eine pantonale, leicht hochtonbetonte Hörminderung mit Schwelle 20-30 dB Sprachbereich, Seitendifferenz ebenfalls im Sprachaudiogramm. Für einen geplanten WV-Termin waren BERA und Audiometrie geplant, Pat. erschien nicht, keine weitere Behandlung durch AG. 2006 Diagnose im MRT eines 38 x 30 x 29 mm Akustikusschwannoms links, operative Behandlung erfolgte.	Tumor nicht erkannt, dadurch OP-Verzögerung mit Taubheit und Entfernung des N. facialis links. Unvollständige Diagnostik?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung		Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Lagen Befunde vor, die für eine Meningokokken-Meningitis sprachen? Hätte eine andere als die durchgeführte Behandlung begonnen werden müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?		Ja, anamnestisch berichtete Fieberspitzen bis 40°C, dunkelviolette Hautveränderungen, Kopfschmerzen, Bewusstseinsveränderungen sprachen für septisches Geschehen. Labor sprach für bakterielles Geschehen (Leukos mit Linksverschiebung, CRP). Ja, bei Verdacht auf Meningitis Blutkulturen und liquorgängiges Antibiotikum. Ja, diagnostische Verzögerung und inadäquate Therapie. Nein, nachweislich trat kein Gesundheitsschaden auf.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Er hat zu keinem Gesundheitsschaden geführt.
Ist die Knochenheilungsstörung nach der Schädeldeckenplastik in Zusammenhang mit einer Verschlechterung des cerebralen Befindens des Pat. zu sehen? Ist die Diagnose der gestörten Schädeldachheilung diagnostiziert und ausreichend gewürdigt worden? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?		Nein, CCT zeigt, dass durch Einsinken des Knochendeckels keine wesentliche Verlagerung des Ventrikelsystems durch Knochensegmente vorlag, es bestand noch ein Defektareal frontal und Ausziehung des Ventrikelsystems. Zusammenhang der Verschlechterung des Patienten eher mit rezidivierenden Krampfanfällen. Nein, das Absinken ist nicht dokumentiert, lediglich die Fraktur nach dem Sturzeignis. Nein, Resorption des Knochendeckels wurde nicht bemerkt, dies hat aber zu keiner Schädigung geführt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.
Ist die am 13.12. gestellte Diagnose richtig/nachvollziehbar? Hätte der AG am 16.12. die Verdachtsdiagnose Meningitis/Encephalitis stellen müssen? Hätte eine sofortige KH-Einweisung erfolgen müssen? Beurteilung des Krankheitsverlaufs?		Ja, CRP- und Leuko-Erhöhung, neg. Pertussis-Serologie, Erkältungssymptomatik und Druckgefühl über NNH machen Diagnose nachvollziehbar, 2 Major-Kriterien lagen vor. Häufigster Grund ist virale Infektion, nur 2% verschlimmert sich durch akute bakterielle Zweitinfektion. Unkomplizierte Sinusitis ist nach ca. 1 Woche selbstlimitierend, ebenso 75% der bakteriellen Sinusitiden. Unterscheidung bakteriell <=> viral ist schwierig, Goldstandard ist NNH-Punktion, wird aber wegen Invasivität und guter Antibiotika-Ansprechung nicht, v.a. nicht ambulant, durchgeführt. Behandlung am 13. mittels Clarithromycin Leitlinienkonform. Nein, Dokumentation ausführlich und vollständig, wichtige Befunde erhoben (Pulmo frei, kein Meningismus), keine objektiven Anhalte für Aggravation der Erkrankung, Pat. suchte auch AG selbständig auf, daher keine KH-Einweisung erforderlich. Antibiotikawechsel indiziert, allerdings Unterdosierung (250 mg/d) bei Levofloxacin, aber irrelevant, da Erkrankung immunologischer Genese, kein Erreger im Gehirn. Für das Auftreten postinfektiöser Encephalitiden fehlen genaue Erklärungsmodelle, völlig unklar, wie Auftreten und Schwere antibiotisch beeinflussbar sind.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler ist nicht nachzuweisen. Schicksalhafter Krankheitsverlauf.
War der Belastungsaufbau durch den AG angezeigt? Hätte eine CCT-Kontrolle durch den AG erfolgen müssen? Hätte bei rechtzeitiger CCT-Kontrolle ein Zweiteingriff vermieden werden können?		Ja, da Beschwerdefreiheit, insbesondere Freiheit von jeglichen neurologischen Symptomen vorlag und solche auch während des Belastungsaufbaus nicht auftraten. Leichte, steigende körperliche Belastung ist als Risikofaktor für ein Rezidiv eines SDH nicht bekannt oder nachgewiesen. Nein, bei Beschwerdefreiheit war Kontrolle nach AHB ausreichend. Nein, wie ausgeführt, eine CCT-Kontrolle hätte nicht zu einer Belastungsreduzierung geführt, diese hätte auch kein Rezidiv vermeiden können.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.
Erfolgte die Behandlung mit der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt/ medizinischem Standard? Bestehen Anhalte, dass der AS frühzeitig auf seine Schwerhörigkeit aufmerksam machte? Hätte ein CCT/MRT frühzeitiger erfolgen müssen? Bestehen Anhalte für einen ärztlichen Behandlungsfehler? Ist der ggf. festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für den Gesundheitsschaden?		Erhebliche Diskrepanz zwischen Darstellung AS und AG, insbesondere bezüglich Auftretens von Tinnitus und Schwerhörigkeit, daher "quid non est in actis non est in mundo". Nein, da ein isolierter Tinnitus ein typisches Erstsymptom eines Vestibularisschwannoms ist, hätte Basisdiagnostik (diff. Anamnese, HNO-Status, Ohrmikroskopie, Hörprüfungen, Tympanogramm, Stapediusreflexe) bereits 1998 erfolgen müssen. Nein, nicht dokumentiert. Nein, MRT, BERA, otoakustische Emmissionen nur "im Einzelfall nützlich", aber nicht als erster diagnostischer Schritt. Ja, Basisdiagnostik nicht erfolgt. Diagnose des Tumors wurde um 5 Jahre verzögert (Zeit ab 2003 bis Diagnose 2006 AG nicht anlastbar), da langsames Wachstum (2 mm/Jahr) wäre Tumor '98 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kleiner gewesen, OP dadurch einfacher, Risiko einer Nervenlähmung kleiner, aber nicht sicher feststellbar, ob Ertaubung hätte vermieden werden können.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Trotz Symptom Tinnitus wurde keine Basisdiagnostik durchgeführt. Es kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass eine OP 1998 eine Ertaubung verhindert hätte.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-08-04	70	w	Tochter	Neuroradiologie	16.02.07 stationär AV-Malformation, temp. Occ .re.	Im Rahmen einer Abklärung rezidivierender Kopfschmerzen wurde bei der Pat. eine AV-Malformation temporo-occipital rechts sowie ein "flow-related Aneurysm" mit Durchmesser 3,5 mm der A. cerebri post. re. diagnostiziert. Das Aneurysma wurde mittels Platinoils ausgeschaltet, bezüglich der Malformation wurde eine Embolisation für den 16.02. vereinbart, bei Aufnahme erfolgte eine zweite Aufklärung, die Embolisation (85%, Restperfusion über Posterior-Stromgebiet, Heparin 5000 IE) verlief komplikationslos, die Pat. war postoperativ ohne neurolog. Auffälligkeiten. 1 h später im Aufwachraum trübte die Pat. ein, ein CCT ergab SAB. Am 18.02. verstarb die Patientin.	SAB, Ventrikeleinblutung, Tod. Operative Therapie?
Gu-08-05	52	w	Patientin	Neurologie	14.05.-18.05.06 stationär Apoplex (Mediateilinfarkt re.)	Die Pat. (Z.n. Apoplex mit Hemiparese, chron. Vorhofflimmern, Z.n. HS-Implantation, Marcumarisierung, BHD) erlitt am 14.05. ein akutes Ereignis mit Sturz, 5-minütiger Verwirrtheit, Übelkeit, Kopfschmerzen. Unter Diagnose Synkope DD Re-Apoplex wurde sie per Notarzt zum AG eingeliefert. Am Aufnahmetag erfolgte ein CCT o.p.B., Kontroll-CCT mit KM am 16.05., ebenfalls o.p.B.. Bei V.a. cardiale Synkope erfolgte Echo, Doppler der ACL, Gerinnung optimiert und die Pat. wurde unter Diagnose Re-Apoplex bei cardialer Embolie am 18.05. entlassen.	Manifeste Inkontinenz, verstärkte Depressionen, Schwindel, Ausfall Feinmotorik, Dysarthrie. Verzögerung Diagnostik?
Gu-08-06	62	m	Betreuer, anwaltlich vertreten	Unfall- chirurgie	07.08.07 stationär SHT/SDH	Volksfest, Auseinandersetzung, Sturz, Bewusstlosigkeit. Pat. (marcumarisiert, Diabetiker) wurde per Notarzt bei AG am 07.08. um 00.50 Uhr eingeliefert, AG war Marcumarisierung bekannt. Diagnosen: SHT *I, akute Alkoholintoxikation, CCT erfolgte nicht. Stationäre Aufnahme zur Überwachung, Auffindung des Pat. am 07.08. "kaum ansprechbar" auf dem Boden, CCT ergab SDH (Mittellinienverlagerung > 1,5 cm, ausgeprägtes Ödem), umgehend Hubschraubertransport in Neurochirurgie und Trepanation.	Dauerhafter Pflegefall, linksbetonte Tetraparese, zentrale Facialisparesie links, Aphasie. Diagnostik unvollständig?
Gu-08-07	9 Monate	m	Mutter	Allgemein- medizin	02.11.06 ambulant Pneumokokken- meningitis	Die AS kontaktierte am 01.11. den Bereitschaftsdienstarzt telefonisch aufgrund neu aufgetretenen Fiebers und Erbrechens des Sohnes. Dieser vermutete ein Magen-Darm-Virus und ordnete Vomex-Zäpfchen an. Am folgenden Tag um 8 Uhr morgens suchte die AS ihren HA (AG) auf, dieser bestätigte die Diagnose einer Gastroenteritis. Aufgrund rascher Verschlechterung des Zustandes des Pat. und Apathie stellte die AS sich gegen 15 Uhr erneut in der Sprechstunde des AG vor, dieser veranlasste die Einweisung in eine Kinderklinik. Dort wurde eine ausgeprägte Bronchopneumonie (Strep. pneumoniae im Labor) festgestellt, am 06.11. zusätzlich eine Meningitis.	Entwicklungsverzögerung, hochgradige Taubheit bds. (Z.n. Cochlea-Implantat bds). Fehldiagnose?
Gu-08-08	44	w	Patientin, anwaltlich vertreten	Innere Medizin	AG1: 19. u. 30.04.04 AG2: 26. u. 30.04.04 ambulant SAB	Pat. stellte sich am 19.04. aufgrund von Nacken- und Hinterkopfschmerzen seit 1 Woche beim HA (AG1) vor. Diagnose eines HWS-Syndroms, WV am 26.04.: Keine Besserung, Überweisung zum Orthopäden am selben Tag. 30.04. Vorstellung bei AG1 und AG2, Befund: Besserung HWS-Syndrom, neu LWS-Syndrom. Am 04.05. akute Verschlechterung mit starken Kopfschmerzen, stationäre Aufnahme im KH und Feststellung einer alten und frischen SAB sowie Aneurysma Ramus comm. anterior, am nächsten Tag OP.	Erneute SAB, lebensbedrohliche Situation, hohes Schlaganfallrisiko. AG1 + AG2: Fehldiagnose?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
<p>War die Indikation zur Embolisation der AV-Malformation gegeben? Erfolgte der Eingriff lege artis? Wurde das Angiom zu weitgehend ausgeschaltet? Was war die Ursache der Hirnblutung?</p>	<p>Ja, die Behandlung unrupturierter AVMs ist in der aktuellen Literatur umstritten (aufgrund ARUBA-Studie), daher ist Entscheidung zur invasiven Therapie auf jeden Fall vertretbar, Leitlinie existiert nicht. Wichtig ist eine Aufklärung über alternative Vorgehen, da bis Lebensjahr 50 40% aller AVMs und 72% aller, die jemals bluten, geblutet haben. Laut AG ist dies explizit mündlich erfolgt, dokumentiert ist es nicht. Ja, lt. OP-Bericht. Nein, es erfolgte kein kompletter Verschluss. Bei dieser Art von Malformationen können Blutungen spontan oder aufgrund postinterventioneller hämodynamischer Veränderungen, wie vermutlich in diesem Fall eingetreten, auftreten. Allerdings ist dies ein bekanntes, Eingriffs-immanentes Risiko eines solchen Eingriffs.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler ist nicht feststellbar. Inwiefern ein Aufklärungsmangel vorlag, ist nicht sicher feststellbar, da eine mündl. Aufklärung auch ausreichend ist.</p>
<p>Hätte am Aufnahmetag ein CCT mit KM durchgeführt werden müssen? Hätte eine Lysetherapie durchgeführt werden müssen? Hätte die AS von einem Neurologen untersucht werden müssen? Hätte die Heparin-gabe früher als erst "nach 2 Tagen" erfolgen müssen?</p>	<p>Die Diagnostik erfolgte zielstrebig und zweckmäßig (Nativ-CCT), insbesondere ersichtlich an der Durchführung eines neurologischen Tele-Konsils innerhalb von 2 h 20 min. Trotz Initialdiagnose Synkope wurde auch DD Apoplex so weit wie möglich ausgeschlossen. Nein, immer nativ, bis zum Ausschluss einer Blutung, additiv ist es aufgrund neurologischer Komplikationen im Akutfall keine Standarduntersuchung. Nein, Verdachtsdiagnose Synkope konnte primär gestellt werden, weiterhin wäre bei der Beschwerdesymptomatik keine Lyse-Therapie indiziert gewesen. Nein, Befunde und Tele-Konsil waren ausreichend. Ja, allerdings ist dies nach Aktenlage auch erfolgt, am ersten Tag in Form von Tabletten.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler kann nicht nachgewiesen werden.</p>
<p>Hätte aufgrund der Vorgeschichte (Diabetes, Marcumar) ein frühzeitiges CCT durchgeführt werden müssen? Erfolgte die neurologische Überwachung des Pat. in ausreichender Weise? Bestehen Anhalte für einen Behandlungsfehler? Ist ggf. festgestellter Behandlungsfehler ursächlich für den Gesundheitsschaden?</p>	<p>Ja, laut SHT-Leitlinie (Neurologie AWMF '05) ist Notfall CCT bei folgenden Ursachen erforderlich: Alter >65, GCS <15, Unfallmechanismus, Risikogruppenzugehörigkeit (u.a. Antikoagulation) sowie C2-Intoxikation und andere Kriterien. Pat. war 62, Marcumariert (Quick 35%), C2-Intoxikation lag vor, GCS 13, starke Gewalteinwirkung bei Unfallhergang. Ja, in vorbildlicher Weise, alle 2 h inklusive Monitorüberwachung, gute Dokumentation. Ja, CCT nicht unmittelbar erfolgt, Labor mit Gerinnungsstatus erst nach 6 h. Ja, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit hätte das SDH um 1 Uhr mittels CCT festgestellt werden können, die erst spätwirksame Raumforderung durch langsame venöse Blutung erklärbar. Durch sofortige Gabe PPBS und OP hätte mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Verlauf begünstigt und schwerste neurolog. Schäden verhindert werden können.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Er hat zu einem schweren Gesundheitsschaden geführt.</p>
<p>Ist die vom AG gestellte Diagnose einer Gastroenteritis nachvollziehbar? Hätte der AG an das Vorliegen einer Pneumonie/Meningitis denken müssen? Bestehen Anhalte für einen Behandlungsfehler? Ist der ggf. festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden?</p>	<p>Ja, die Diagnose ist aus dem allgemeinmedizinischen Alltag als differentialdiagnostische Präferenz nachvollziehbar, Beschwerden erst seit einem Tag, Nacht ruhig durchgeschlafen, Erbrechen, Fieber, Durchfall richtungsweisend. Diagnosen in der Primärversorgung der Allgemeinmedizin können nicht immer der "Diagnose im strengen wissenschaftlichen Sinn" entsprechen. Ja, DD muss immer an Meningitis /Pneumonie gedacht werden, da Symptomatik einer Meningitis häufig unspezifisch ist und durch Exsikkose und Ketoazidose überlagert sein kann. Hier waren Vorgeschichte und Untersuchungsbefunde nicht klar typisch, aber DD hat AG daran gedacht, da Nackensteifigkeit getestet wurde. Nein unverzügliche Einweisung bei rapider AZ-Verschlechterung. Nein, kein Fehler, selbst wenn, schnelle Einweisung.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler ist nicht nachweisbar.</p>
<p>Ist die Diagnose eines HWS-Syndroms nachvollziehbar? Hätte bei der AS differentialdiagnostisch an eine SAB gedacht und ein CCT zur weiteren Abklärung der Kopfschmerzen veranlasst werden müssen? Hätte die zweite Hirnblutung durch ein frühzeitiges CCT verhindert werden können?</p>	<p>SAB ist seltene Erkrankung, in 10% mit klassisch schwersten Kopfschmerzen als Erstsymptom, generell jedoch häufig unspezifische Symptome, daher in Literatur Fehldiagnoserate zwischen 12%-51% angegeben. Symptome der AS waren mild, da erst 1 Woche nach Beginn der Kopfschmerzen der HA aufgesucht wurde und eine AU erst wieder eine Woche später geholt wurde. AG1: Ja, aufgrund körperlicher Untersuchung, 2-facher neurologischer Untersuchung und Beschwerden seit 1 Woche ist Annahme eines Cervicalsyndroms und Therapie dessen nachvollziehbar. AG2: Ja, erhobene Befunde, anamnestische Angaben, Röntgenbefunde (chron. Veränderung HWS ist prädisponierend für HWS-Syndrom) ergab eine Konstellation, die für Cervicalsyndrom typisch ist. Nein, für CCT Abklärung einer DD SAB bestand kein Anlass. Nein, Rezidivblutung 15% in den ersten Stunden möglich, 40% in ersten 4 Wochen.</p>	<p>AG1, AG2: Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.</p>

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-08-09	72	m	Patient, anwaltlich vertreten	Innere Medizin	06.12.05 ambulant Apoplex (Ponsinfarkt li.)	Der AG wurde vom Pat. am 06.12. zu einem Hausbesuch gerufen, da akut Schwindel, Übelkeit, Hemiparästhesie, Sprachstörungen aufgetreten waren. Der AG stellte die Diagnose: V.a. Apoplex, DD HWS-Symptomatik, kein handfester Anhalt für Schlaganfall. Der große Teil dieses Besuches (Gespräch, Empfehlungen, Untersuchungen sind zwischen AS und AG strittig, genannte Symptome/Diagnosen basieren auf Karteiauszügen des AG). Therapie: Vomex, Beobachtung, engmaschige Kontrollen; eine KH-Einweisung lehnte AS ab. Nach Telefonat des AS mit Sohn KH-Einweisung und Diagnose Ponsinfarkt links.	Schwere Hemiparese rechts, Dysarthrie. Fehldiagnose?
Gu-09-01	23	w	Patientin	Allgemein- medizin	18.01.08 ambulant Meningokokken- meningitis	Vom 11.-15.01.08 erfolgte eine stationäre Behandlung der Pat. aufgrund einer Gastroenteritis. 2 Tage nach Entlassung Auftreten von Hals-, Glieder-, Kopfschmerzen, verschlimmern sich, deshalb am 18.01. abends bei Kreislaufproblemen Hausbesuch durch AG im Rahmen ärztlicher Notdienst. Diagnose: viraler Infekt, Pharyngitis, Gastroenteritis. Therapie: Bettruhe, Trinken, Ibuprofen. Aufgrund weiterer Verschlechterung Kontakt des Notarztes und Verbringung in KH. Diagnose: Meningokokkenmeningitis	Ertaubung rechtes Ohr, Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsstörungen. Fehldiagnose?
Gu-09-02	41	w	Betreuer	Neurologie	29.-31.12.06 stationär SAB °IV	Pat. erlitt am 29.12. akutes Ereignis mit Sehstörungen, Hörstörungen, Nackenschmerzen und Taubheitsgefühl der Arme. Per Notarzt Einbringung der Pat. beim AG mit Einweisungsdiagnose "hypertensive Cephalgie". Symptomatische Behandlung durch AG erfolgte, nach Röntgenaufnahme der HWS wurde vertebroge Symptomatik angenommen. Am 31.12. cerebraler Krampfanfall, mittels Diazepam durchbrechbar, nach erneutem Krampfanfall Verlegung in anderes KH, dort CCT und Diagnose SAB °IV rechts bei rupturiertem Media-Aneurysma, Medialteilinfarkt rechts.	100% GdB, Pflegefall, Rollstuhl aufgrund Hemiplegie links, Inkontinenz. Diagnostik unzureichend?
Gu-09-03	54	w	Betreuer, anwaltlich vertreten	Neurologie	22.10.05 stationär SAB	Pat. erlitt am 22.10. akute Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel. Verbringung durch Notarzt mit V.a. SAB zum AG, Aufnahme um 14.55 Uhr. Mehrere Kopfschmerzereignisse, gegen 16.30 Uhr cerebraler Krampfanfall, 17.00 Uhr CCT ergab SAB und ICB links frontal. Verlegung in anderes KH, dort OP um 18.45 Uhr mit Nachweis eines Aneurysmas A. pericallosa.	100% Pflegebedürftigkeit, rechtsbetonte spastische Tetraparese, schweres hirnorganisches Psychosyndrom, symptomatische Epilepsie. Verzögerung Diagnostik?
Gu-09-04	77	w	Betreuer, anwaltlich vertreten	Neuro- chirurgie	20.07.-14.08.07 stationär SHT/SDH	Pat. wurde im Juni '07 an Meningeom operiert. Ab 20.07. Reha (AG), dort Sturz am 13. und 14.08. Am 13. wurde Pat. bewusstlos (strittig) aufgefunden, Röntgen Schädel und Wirbelsäule durchgeführt. Am 14.08. Transport in KH, CCT ergab schmales SDH rechtsseitig, frische frontale Kontusionsblutung, rechtshirniges Ödem und diskrete Mittellinienverlagerung, daraufhin erfolgte sofortige Verlegung in anderes KH, währenddessen (2 h) schwere Befundverschlechterung, sofortige OP.	Erneute OP, Tetraparese. Diagnostik unvollständig?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Erfolgte die Behandlung mit der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt und nach medizinischem Standard? Hätte der AG anlässlich des Hausbesuchs am 06.12. das Vorliegen eines Apoplex erkennen und die sofortige KH-Einweisung veranlassen müssen? Bestehen Anhalte für einen Behandlungsfehler? Ist der ggf. festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden?	Nein, vermerkt ist sowohl V.a. Apoplex als auch kein handfester Anhalt für Schlaganfall, dies ist bei vom AG dokumentierten Symptomen (Hemihypästhesie, keine Halbseitensymptomatik) in sich nicht konsistent und nicht richtig. Bei V.a. einen Apoplex muss der Arzt (Verpflichtung) auf eine sofortige KH-Einweisung bestehen (unerheblich, dass SV strittig), Lyse Therapie war auch 2005 bekanntermaßen nur innerhalb der ersten 3 h wirksam. Ja, die Symptome eines Apoplex lagen sicher vor (Dokumentation des AG, Sohn als Laie findet im Internet aufgrund der geschilderten Symptome die richtige Diagnose). Ja, zumindest DD Apoplex war erforderlich, daher die Therapie "Beobachtung und engmaschige Kontrolle" war unzureichend. Sehr wahrscheinlich nein, Pat. hätte bei sofortiger KH-Einweisung und Lysebehandlung (3,5 h nach Symptombeginn) nur mit weniger als 10% von einer Lyse profitiert (NNT: 11 nach 1,5 h bis 3 h), bei Hirnstamminfarkten ist Erfolgsrate noch geringer.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Fehldiagnose, fehlerhafte Therapie. Fehldiagnose, obwohl Laie (Sohn) nach Eingabe der Symptome durch Internetergebnisse auf richtige Diagnose kam. Kausalität zu verneinen.
Sind die durch den AG gestellten Diagnosen nachvollziehbar? Ist der Diagnoseirrtum dem AG als Diagnose-/Behandlungsfehler vorzuwerfen? Bestehen Anhalte für einen ärztlichen Behandlungsfehler? Ist der ggf. festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden?	Ja, aufgrund der geschilderten Beschwerden und der Befunde der körperlichen Untersuchung. Für bestehendes Krankheitsbild ist viraler Infekt häufigste Ursache, Labordiagnostik im Notdienst nicht möglich. Allerdings wurde Meningismus nicht explizit untersucht, sondern beim "Aufstehen" beobachtet. Deshalb ist dem AG ein Diagnose-Irrtum vorzuwerfen - nicht hinsichtlich der viralen Genese, aber im Hinblick auf das Verkennen der Schwere des Krankheitsbildes und der resultierenden Konsequenzen. Ja, Diagnosefehler aufgrund nicht sorgfältiger Untersuchung. Ja, bei richtiger Diagnose wäre adäquate Therapie früher möglich gewesen, Umfang des Gesundheitsschadens wahrscheinlich geringer. (Kommission folgt hier nicht Gutachter)	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt vor. Es ist jedoch nicht mit ausreichender Sicherheit zu beurteilen, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Gesundheitsschaden durch eine frühzeitigere Therapie in geringerem Umfang eingetreten wäre.
Erfolgte die Untersuchung/Behandlung der Pat. durch den AG mit der gebotenen ärztlichen Sorgfalt und nach gültigem medizinischem Standard? Hätte aufgrund der klinischen Symptomatik noch am Aufnahmetag notfallmäßig eine bildgebende cerebrale Diagnostik erfolgen müssen? Bestehen Anhalte für einen Behandlungsfehler? Ist der ggf. festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden?	Nein, diagnostische und therapeutische Maßnahmen entsprachen nicht den ärztlichen Regeln. Typische Anamnese für SAB lag vor, wurde aber DD nicht in Erwägung gezogen. Weiterhin wurden die Symptome Seh- und Hörstörungen sowie Hypästhesien nicht berücksichtigt. Dadurch wurde Indikation für CCT zwar gestellt, jedoch nicht als dringlich indiziert angesehen. Ja, Leitliniengerecht ist Nativ-CCT bei akuten Kopfschmerzen und neurologischen Symptomen erforderlich. Ja, Verstoß gegen medizinische Behandlungsstandards und Erkenntnisse. Bei Aufnahme am 29.12. ist aufgrund der Symptomatik mit mäßigen Kopfschmerzen, passageren Seh- und Hörstörungen von einer SAB °II auszugehen. Die offensichtlich durch eine Nachblutung verursachte Verschlechterung hätte bei frühzeitiger Behandlung wahrscheinlich reduziert werden können. Der beschriebene Folgezustand hätte möglicherweise bei leitliniengerechtem Handeln abgeschwächt werden können. Kommission: Fehler i.S. eines Befunderhebungsfehlers, da CCT erforderlich war. BGH-Rechtssprechung: Fehlerhafte Unterlassung der Befunderhebung führt zu Beweislastumkehr hinsichtlich der Kausalität, wenn sich bei gebotener Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Kommission schließt sich Gutachten nicht vollinhaltlich an: Aus Beweislastgründen ist anzunehmen, dass der Behandlungsfehler für den eingetretenen Gesundheitsschaden ursächlich ist (Es ist sehr wahrscheinlich, dass SAB bei sofortiger CCT erkannt worden wäre, dies hätte eine operative Intervention zwingend erforderlich gemacht, d.h. es wäre aus ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich, wenn auf die dabei gestellte richtige Diagnose nicht entsprechend reagiert worden wäre).
Hätte aufgrund von Anamnese und Befunden eine sofortige Differentialdiagnostik einschließlich CCT erfolgen müssen? Wurde eine klinisch-neurologische Untersuchung durchgeführt? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	CCT hat Sensitivität für SAB am ersten Tag von 95%, Empfehlung ist innerhalb von 72 h nach Erstsymptom eine OP (Clipping/Coiling) des Aneurysmas durchzuführen. Ja, da Symptome klassisch vorlagen, Erstdiagnose des Notarztes SAB war, lag Indikation für CCT eindeutig vor. CCT war beim AG möglich, daher Abweichung vom medizinischen Standard. Ja, gut dokumentiert, kein Meningismus, kein neurologisches Defizit, Kopfschmerzen rückläufig. Ja, obwohl Symptomatik rückläufig, CCT ist schon bei V.a. SAB indiziert. Anfangs SAB °I (höchstens °II) wäre erkannt worden, aber bei Zeitintervall von 1-1,5 h bis zur Nachblutung wäre Diagnostik nicht abgeschlossen gewesen und Nachblutung nicht verhinderbar.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt vor. Sie hat mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu dem Gesundheitsschaden beigetragen.
War nach dem ersten Sturz am 13.08. die sofortige Durchführung einer CCT angezeigt? Ist das Sturzereignis vom 14.08. auf eine unzureichende Betreuung der Pat. zurückzuführen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Nein, da weder klinisch noch röntgenologisch Zeichen einer körperlichen Verletzung vorlagen, keine vegetativen Symptome i.S. BHD, AF- oder Pulsänderung als Indiz einer Verletzung im Schädelinneren vorlagen. Verlegung auf Wachstation und engmaschige Überwachung zeigten im Verlauf keine klinische/neurologische Verschlechterung. Nein, neurologisch unauffällige Patientin, wach, orientiert, Bettgitter bzw. Fixierungsmaßnahmen dürfen rechtlich nicht ohne zwingenden medizinischen Grund/amtsgerichtliche Genehmigung durchgeführt werden. Nein, gründliche konservativ-radiologische Diagnostik und Überwachung erfolgt, sofortige CCT bei Erstsymptomen. Nein.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-09-05	69	m	Patient	Innere Medizin	27.05.-08.06.07 stationär Apoplex (multiple Ischämien Basilaris- stromgebiet)	Pat. erlitt Kollaps ohne Bewusstlosigkeit bei Radausflug, KH-Aufnahme mit Diagnose SHT °I, keine neurologischen Defizite, trotz Aufklärung über Notwendigkeit der Abklärung einer stattgehabten Synkope verlässt AS KH. Auf Heimweg traten Kopfschmerz, Ausfälle und Orientierungsstörungen auf, Aufnahme per Notarzt in anderem KH (AG). Keine neurologischen Defizite bei Aufnahme. Am 28.05. um 7.00 Uhr Hypästhesie rechter Arm, neurolog. Telekonsil (Tempis) und CCT. Befund: A.e. Basilaristhrombose, Posteriorinfarkt.	GdB: 100%, schlaffe Hemiparese rechts. Fehldiagnose?
Gu-09-06	4	m	Eltern (gesetzliche Betreuer)	Pädiatrie	12.09.-14.09.07 stationär Meningitis unklarer Genese, a.e. viral	Am 07.09. Auftreten von Müdigkeit, am Folgetag zusätzlich Fieber und Kopfschmerzen beim Pat. Vorstellung am nächsten Tag beim kinderärztlichen Notdienst, Leukos 8500, eher viraler Infekt. Am 11.09. starke Nackenschmerzen, daher stationäre Aufnahme beim AG am 12.09. Liquoruntersuchung negativ, MRT am 13.09. ohne Nachweis Meningitis. Diagnose: hoch fieberhafter Infekt ohne eindeutigen Fokus, V.a. Meningitis. Am 14.09. Verlegung in anderes KH auf Wunsch der Eltern, Diagnose: Pyelonephritis, V.a. Meningitis. MRT-Bilder vom 13.09. wurden hier i.S. einer Pachymeningitis interpretiert. 2te Liquoruntersuchung ergab Pleozytose (216 Leukos). Entlassung am 19.09. in gutem AZ.	mögliche Spätfolgen bzw. Folgeschäden der Meningitis. Fehldiagnose?
Gu-09-07	67	m	Patient, anwaltlich vertreten	Neurologie	07.01.04 Notfallambulanz Apoplex (Thalamusinfarkt)	Am Nachmittag des 07.01. trat beim Pat. ein Taubheitsgefühl der rechten Hand auf, welches sich progredient über die gesamte rechte Körperhälfte ausbreitete, sodass der Pat. sich um 23 Uhr in der internistischen Notaufnahme (AG) vorstellte. Untersuchungen erfolgten durch Internisten und Neurologen. Befund: BHD 210/120 mm Hg, Diagnose: V.a. Apoplex, Gabe von ASS und Nitroglycerin. Am Vormittag des folgenden Tages MRT mit Nachweis eines Thalamusinfarktes links posterolateral, darauf Verlegung auf Stroke-Unit.	armbetonte Hypästhesie rechts, schmerzhafte Missempfindungen der rechten Hand, gestörte Feinmotorik. Medikamentöse Therapie?
Gu-09-08	59	w	Betreuerin	Innere Medizin	16.03.-20.03.08 stationär Apoplex (Aa. cereb. media u. post. li.)	Pat. wurde per Notarzt am 16.03. auf Intensivstation des AG eingeliefert, Diagnosen: Tachyarrhythmie, Herzinsuffizienz, entgleister Diabetes bei bestehender Marcumartherapie. Am 17. Verlegung auf Normalstation, Nacht von 17./18. Hemiparese rechts, CCT: Subakute Ischämie im Versorgungsgebiet Aa. cerebri media und posterior links, Kontroll-CCT am 19. zeigte progredientes Hirnödem => Stroke-Unit, Verlegung am 20.03. in Neurologische Klinik, Ventrikeldrainage, im weiteren Verlauf invasiver Ausschluss einer coronaren Herzerkrankung.	Hemiparese rechts, Pflegebedürftigkeit. Fehldiagnose?
Gu-09-09	81	m	Sohn (Erbe)	Neurochirurgie	04.05.08 stationär chron. SDH	Beim Pat. wurde am 04.05. ein chronisches subdurales Hämatom links operativ entfernt. Nach dem Eingriff trat im Aufwachraum eine Verschlechterung des AZ des Patienten auf, die CCT-Kontrolle zeigte eine massive hämorrhagische Infarzierung der gesamten linken Hirnhälfte. Der Patient verstarb vier Tage später.	Tod. Operative Therapie?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Hätte der AG bei KH-Aufnahme das Vorliegen eines Schlaganfalls erkennen und den AS auf eine Stroke-Unit aufnehmen müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Nein, bei Aufnahme keine fokal-neurologischen Defizite, internistisches und neurologisches Konsil durchgeführt, keine Indikation zur Aufnahme auf Stroke-Unit gegeben. Während der Nacht traten ebenfalls keine neurologischen Defizite auf. Nein, bei Auftreten von Symptomen umgehend CCT und neurologisches Konsil durchgeführt. Entfällt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler kann nicht nachgewiesen werden.
Ist die Befundung des MRT vom 13.09.07 korrekt? Erfolgte die Beurteilung des EEG vom 14.09. in richtiger Weise? Hätte die Yersinieninfektion mittels Penicillingabe therapiert werden müssen? Hätte am Aufnahmetag die Verlegung auf Intensivstation erfolgen müssen? Hätte die Diagnose Meningitis früher gestellt werden müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, Nachbefundung durch 3 verschiedene KH ergab denselben Befund wie durch AG. Ja, pathologisches EEG °II, aber keine Interpretation i.S. v. infektiösen Veränderungen ableitbar. Nein, Bedeutung der in der Stuhlkultur nachgewiesenen Yersinien bleibt unklar. Jenseits des Säuglingsalters und bei immunkompetenten Kindern keine Indikation für antibiotische Behandlung. Nur bei schwerem septischen Krankheitsbild ist systemische Antibiose angezeigt, dann aber Aminoglykoside oder Cephalosporine, das vom AG gegebene Claforan wäre dementsprechend wirksam gewesen. Der Pat. hat aufgrund der eindeutigen Symptome und der zweiten Liquoruntersuchung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Meningitis, a.e. unklarer Genese durchgemacht, aber: Goldstandard bei Meningitisdiagnostik ist Liquoruntersuchung, diese erfolgte durch AG und war negativ, ebenso die Serologie, daher lag bei Aufnahme sicher keine bakterielle Meningitis vor. Entfällt.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung kann nicht nachgewiesen werden.
Wäre eine Lyse-Therapie indiziert gewesen? Hätte noch am Aufnahmetag ein CCT/MRT erfolgen müssen? Hätte der Neurologe frühzeitiger hinzugezogen werden müssen? War die Überwachung ausreichend? Hätte der Pat. auf eine Stroke-Unit verlegt werden müssen? Behandlungsfehler? Ggf. grob fehlerhaft? Ggf. ursächlich?	Nein, Zeitfenster für Lyse-Therapie mittels rTPA war überschritten. Ja, blieb aber ohne medizinische Konsequenz. Nein, 1 h vertretbar, aber auch umgehende Konsultation hätte an primärer Therapiemöglichkeit nichts geändert. Ja, Überwachung der Vitalparameter alle 2 Stunden ist dokumentiert. Ja, wäre wünschenswert gewesen, aus Kapazitätsgründen jedoch erst am Folgetag möglich. Aber Überwachung auch so nicht zu beanstanden. Nein, trotz kritikwürdiger Abläufe (CCT). Nein. Nein, Folgeschäden der stattgehabten lakunären Thalamusischämie nicht beeinflussbar.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.
Behandlung durch AG lege artis? Wurde beim AG das Vorliegen eines Schlaganfalles sowie eines Herzinfarktes nicht beachtet? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, Akutbehandlung nach medizinischem Standard, Pat. konnte bereits am Folgetag auf Normalstation verlegt werden. Folgebehandlung ebenfalls lege artis, diskutiert werden kann eine mögliche Verlegung bereits am 19. in die Neurochirurgie, allerdings war auch so die Verlegung leitliniengerecht (innerhalb von 48 h nach Symptombeginn bei Pat. über 60 Jahren). Nein. Hinweise auf einen Herzinfarkt gab es weder bei Aufnahme (keine typischen Beschwerden/EKG-Veränderungen, Troponin 0,125 statt < 0,1 durch Nierenfunktion und kardiale Dekompensation erklärbar), noch im Verlauf (Markeranstieg auf 1,4 im Verlauf im Bereich von Messschwankungen). Ebenfalls keine Hinweise auf Apoplex bis zum 18.03., keine Lähmung oder sensible Defizite, Pat. orientiert, wach. Nein, auf Symptomatik wurde umgehend und adäquat reagiert. Entfällt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler kann nicht nachgewiesen werden.
War die OP-Indikation gegeben? Erfolgte die OP lege artis, bzw. kann es bei Standardeingriff zum Tode des Pat. kommen? Wie ist die nach Hämatomausräumung aufgetretene linkshirnige hämorrhagische Infarzierung zu erklären bzw. zu beurteilen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, Indikation zur dringlichen Entlastung war bei subakutem linksseitigem SDH (2,5-3 cm) mit deutlicher Mittellinienverlagerung gegeben. Pat. (Z.n. PRIND) wies Verkalkungen der ACI bds. auf, Krankheitsbild geht mit Mikro-Makroangiopathie einher, die symptomlos sein kann. Die chronisch geschädigten Gefäße weisen verminderte Reservekapazität und Autoregulation sowie erhöhte Durchlässigkeit auf. Werden diese Gefäße durch langsam zunehmende Raumforderung zusätzlich geschädigt, tritt in ca. 5% bei rascher Entlastung (OP) eine Dekompensation im Hirnstoffwechsel mit multiplen Blutungen auf. Nein, hämorrhagische Infarzierung ist eine extrem seltene, aber für diese Erkrankung typische Komplikation. Nein, nicht OP sondern Mikroangiopathie ist Ursache.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-09-10	39	m	Eltern (gesetzliche Betreuer)	Neurologie	01.08.-11.09.07 stationär schweres SHT, SDH	Pat. stürzte am 15.06. aus 5 m Höhe, SHT, akutes SDH, Felsenbeinlängsfraktur rechts, occipitales Epiduralhämatom, Rippenserienfraktur, Mantelpneu. Nach KH-Behandlung konnte Pat. am 23.07. zur neurologischen Früh-Reha (AG) verlegt werden. Dort allmähliche AZ-Verschlechterung, am 11.09. Verlegung in Neurologie zur Abklärung cerebraler Krampfanfälle.	GdB. 100%, Pflegestufe III, linksbetonte Tetraspastik. Therapie unvollständig?
Gu-09-11	67	w	Witwer, anwaltlich vertreten	Neurochirurgie, Onkologie, Strahlentherapie	07.06.-10.06.05 stationär Hirntumor (Metastase)	Bei der Pat. (Z.n. metastasiertem Nieren-CA '94, Faktor-V-Leiden) wurde 2002 ein interventrikulärer Hirntumor diagnostiziert. Erstvorstellung beim AG 2005, V.a. Plexuspapillom/Ependymom mit Größenprogredienz, am 07.06. erfolgte Exstirpation des Tumors mittels navigationsgestützter MRT, histologischer Nachweis einer Nieren-CA-Metastase. Am 09.06. wurde Re-Intubation erforderlich, CCT zeigte Nachblutung, am 10.06. Anlage einer externen Ventrikel-Drainage bds., nach Dislokation Druckmesssonde frontal am Folgetag. Pat. verstarb am 08.07.	Tod. Operative Therapie?
Gu-09-12	61	m	Patient, anwaltlich vertreten	Neurologie	28.09.-16.10.06 stationär Apoplex (Mediateil- infarkt re.)	Der Pat. erlitt am 28.09. ein akutes Ereignis und wurde mit "hängendem Mundwinkel" beim AG eingeliefert. Das CCT ergab einen Mediateilinfarkt rechts. Im Verlauf der Behandlung ergab sich eine Zunahme der Hemisymptomatik mit subtotaler Armparese links nach Re-Infarkt am 01.10., Kontroll-CCT ergab keine relevanten Änderungen zum Vorbefund. Entlassung am 16.10. in die Reha.	Re-Infarkt, zentrale Facialisparese links, Dysarthrie, Hemiplegie links. Medikamentöse Behandlung?
Gu-10-01	40	w	Witwer, anwaltlich vertreten	Neurochirurgie	20.02.04 nicht stattgefunden SAB °IV	Pat. erlitt '99 aus vollem Wohlbefinden eine SAB °IV, es wurde ein großes Aneurysma der A. cerebri media rechts sowie Aneurysmata der Aa. media links und cerebri anterior links festgestellt (durch AG). Operativ wurde A. media rechts geclippt, Media links gecoilt, die Pericallosa zeigte auch bei erneuter Kontrolle 2001 keine Größenzunahme. Bei Wiedervorstellung am 30.01.04 berichtete die Pat. über Krämpfe der Hand, CCT zeigte Substanzdefekt neben rechtem Seitenventrikel in alter Blutungshöhle. MRT vom 09.02. zeigte unvollständigen Verschluss des Aneurysmas der A. media links, Coilimpaktierung, A. pericallosa unverändert, Clips nicht beurteilbar. Neues Aneurysma (8 mm) A. com. post. links. Terminvereinbarung für den 20.02. mit AG zur Angio, aufgrund grippalen Infektes wurde diese verschoben. Die Pat. verstarb am 24.02. an einer Hirnblutung, Obduktion fand nicht statt.	Tod. Verzögerung Therapie?
Gu-10-02	1 Monat	w	Mutter, anwaltlich vertreten	Neonatologie	22.07.-25.07.06 stationär Meningoencephalitis	Pat. am 28.06. per Sectio in 26+5 SSW bei Placenta praevia und Amnioninfektions-Syndrom entbunden worden. Aufgrund Frühreife Verlegung zum AG auf Intensivstation, am 13.07. Verlegung in stabilem klinischen Zustand auf Neugeborenenstation. Aufgrund von zunehmenden Apnoeen und Bradykardien Rückverlegung am 22.07. auf Intensiv unter klinischer Diagnose einer Sepsis, Antibiotikagabe (Vancomycin, Cefotaxim). Am Folgetag Anstieg der Entzündungsparameter, Sono zeigte periventrikuläre Echogenitätsvermehrung, Lumbalpunktion, frustran, Diagnose: Meningoencephalitis. Bei steigenden Entzündungsparametern Umstellung auf Meropenem und Gentamicin, am 25.07. Liquornachweis von Enterobactae cloacae. Am 28.07. verstarb die Patientin.	fulminanter Krankheitsverlauf mit Todesfolge. Fehldiagnose?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlung lege artis? Hätte die Verlegung in eine neurologische Klinik früher erfolgen müssen? War der AG mit der Behandlung des Pat. überfordert? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Behandlung entsprach nicht ganz der gebotenen ärztlichen Sorgfalt, diagnostisch adäquate Reaktion auf AZ-Verschlechterung, aber mögl. Shunt-Infektion DD in Erwägung gezogen. Ja, die Verlegung hätte früher erfolgen müssen, es ist eine relative Überforderung des AG in den letzten 7-10 Tagen festzustellen, da durch diagnostische Maßnahmen (Labor, probatorisch Diazepam, Antibiotika) ein polypragmatisches Vorgehen zu erkennen, ohne neuer diagnostischer Einschätzung oder klinischer Verbesserung des Patienten. Nicht sicher auszuschließen, CCT hätte eine Woche früher erfolgen müssen (trotz Dipidolgabe keine Besserung), ebenso die DD Erwägung einer Shunt-Infektion (Lumbalpunktion nicht durchgeführt) und eines Serotoninsyndroms (Gabe 2er serotonerger Medis), auch wenn diese retrospektiv nicht sicher vorgelegen haben. Nein, Gesundheitsschaden lag bereits Mitte August vor, negativer Krankheitsverlauf ist DD auch rechtsfrontaler Marklagerblutung und schicksalhafter Verlauf mit multiplen Infektionen zuzuordnen.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung ist nicht sicher festzustellen. (Als nein gewertet, Kausalität ausgeschlossen)
War die OP indiziert? Wurde die Pat. ausreichend über das OP-Risiko und Alternativbehandlungen aufgeklärt? Erfolgte der Eingriff am 07.06. lege artis? Hätte die Anlage einer Ventrikeldrainage früher als am 10.06. erfolgen müssen? Durfte Heparin gegeben werden, obwohl Faktor-V-Leiden bekannt war? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, Größe 3 x 2,5 x 2,1 mm und Progredienz, bei Tumor unklarer Genese wird nicht primär bestrahlt. V.a. Plexuspapillom, dies nicht strahlensensibel, außerdem Lokalisation nahe F. Monroi, daher Gefahr der Zirkulationsblockade nach Bestrahlung. Tumor gefäßreich, PE=KI. Ja, ausweislich des Aufklärungsbogens, alle relevanten Risiken/Komplikationen erwähnt, Vermerk alternative Behandlungsmethoden dokumentiert, Vorstellung und Aufklärung durch Neuroradiologen, ausreichend Bedenkzeit. Ja, Durchführung lege artis entsprechend OP-Bericht und OP-Video. Nein, eine Ventrikeldrainage lag bereits post-OP, Bewusstseinstrübung auch durch Ödem erklärbar, abwartende Haltung und CCT-Kontrolle vertretbar, da keine Besserung im Verlauf, Anlage indiziert. Ja, Faktor-V-Leiden= erhöhte Gerinnungsneigung, daher Heparin indiziert, auch da bereits Infarkte vorlagen, andere medikamentöse Behandlungsmöglichkeit besteht nicht. Nein. Entfällt.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt nicht vor.
Wurde die Basisdiagnostik sowie die bildgebende Diagnostik zeitnah durchgeführt? Wurde die Lyse-Indikation korrekt beurteilt? War die Verlegung auf eine Stroke-Unit/Intensivstation angezeigt? Wie ist die vom AG durchgeführte Rezidivprophylaxe zu beurteilen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, umgehend bei Aufnahme sowie nach Re-Infarkt. Ja, 12 h nach Beginn der Symptomatik war die Lysebehandlung nicht mehr indiziert. Nein, entsprechende Expertise nach Stroke-Unit Standard (enge Kooperation mit Uniklinik) war beim AG vorhanden, Komplikationen beim Patienten lagen nicht vor. Allerdings war die Lyse nach Re-Infarkt erforderlich, ebenso Intensivstation/engmaschige Überwachung. Dies erfolgte nicht, blieb jedoch folgenlos. ASS-Gabe und Ausschluss kardialer Emboliequelle VHF, ACI-Stenose erfolgte lege artis, allerdings hätte neurologisches Tele-Konsil mit Uniklinik stattfinden müssen, da unklare Ursache der Genese. Ja, kein Neurologe, keine Stroke-Unit nach Re-Infarkt. Kein zusätzlicher Gesundheitsschaden.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt vor. Kausalität verneint (nicht zu beweisen, dass bei Einhaltung aller med. Standards der klinische Verlauf ein sicherer anderer gewesen wäre).
War die Anzeigestellung zur DSA gegeben? Durfte bei Kenntnis des MRT-Befundes vom 09.02. der vereinbarte Termin vom 20.02. zur DSA bis zum Abklingen der Erkältung verschoben werden? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Bei nachgewiesenen Hirngefäßaneurysmen ist bei jüngeren Patienten die Behandlung, wenn sie technisch möglich ist, indiziert. Zur OP-Planung ist DSA erforderlich, war indiziert. Es gibt 2 generelle Behandlungsmöglichkeiten, OP offen (Clipping) oder endovaskulär mittels Coils. Beide Verfahren komplikationsbehaftet, ISUIA-Studie von 2003 ergab Gesamtmorbidität und -mortalität bei 12,6% (Clipping) und 9,8% (Coils). Demgegenüber steht Wahrscheinlichkeit einer Spontanruptur von mindestens 1% pro Jahr. D.h., der Verschluss ist nicht eine dringende Operation, sondern in erster Linie zur Verbesserung der langfristigen Prognose zu empfehlen. Daher war die Verschiebung der DSA und das Abwarten bis zum Abklingen des grippalen Infektes im Einklang mit den gängigen Richtlinien und richtig. Nein, entfällt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.
Hätten die Verschlechterungen von Atmung und Kreislauf schneller als erfolgt zu therapeutischen Maßnahmen führen müssen? Hätte die Diagnose Meningoencephalitis früher als erfolgt gestellt werden können und müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Nein, am Morgen des 22.07. ist sowohl von pflegerischer als auch von ärztlicher Seite ein guter AZ dokumentiert. Um 18.00 Uhr bemerkt Pflege Atemauffälligkeiten, umgehende Information des Arztes, klinischer Verdacht auf Sepsis, sofortige Labordiagnostik, Antibiotikagabe und Verlegung auf Intensiv. Sofortige Verlegung auf Intensiv ist angemessen, Maßnahmen angemessen ohne Zeitverzögerung. Nein, Verschlechterung auch mit Sepsis vereinbar, darüberhinaus ist Meningoencephalitis eine seltene Komplikation der Sepsis, beweisend ist positive Liquorkultur. Am 22. klinischer Verdacht auf Sepsis, am 23. Anstieg der Entzündungswerte, das Schädelsono am 24. wurde als periventrikuläre Leukomalazie gedeutet, allerdings vereinbar mit Meningoencephalitis, daher umgehend Lumbalpunktion. Ja, initiale Antibiotikatherapie OK, allerdings erfolgte Wechsel der Antibiotika erst am 25. (60 h nach Therapiebeginn), dies ist bei unverändertem septischen Schock zu spät (spätestens nach 36 h), insbesondere, da bei Cephalosporinen mit Resistenzen ggü. gramnegativen Bakterien zu rechnen ist. Zusätzlich erfolgte Labormitteilung über gramnegative Erreger am 25. um 8.00 Uhr, Antibiotikawechsel erst um 12.00 Uhr. Ja, hätte Krankheitsverlauf abmildern und Tod möglicherweise verhindern können.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Der Ursachenzusammenhang ist aus Beweislastgründen als gegeben zu erachten.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-10-03	68	w	Ehemann	Neurochirurgie	24.02.-02.03.06 stationär intracerebrale Massenblutung	Notfallmäßige Aufnahme der Pat. am 19.02. beim AG, Diagnosen: hypertensive intracerebrale Massenblutung im Stammganglienbereich rechts mit Ventrikeltamponade, Hydrocephalus occlusus. Nach Ventrikeldrainage Verlegung auf neurochirurgische Überwachungsstation am 22.02. Zunehmende Vigilanzverschlechterung, daher Rückverlegung auf Intensiv am 27.02., Diagnose: floride Meningitis, Antibiosebeginn. Zunehmende Verschlechterung, Antibiose-Umstellung (auf 4-fach) am 02.03. MRT: frische Infarkte im Media- und Posteriorstromgebiet mit Hämorrhagien, Verlegung in Reha am 09.05.	Apallisches Syndrom. Versorgungsstufe?
Gu-10-04	34	m	Witwe	Neurologie	04.03.-09.03.07 stationär metastasiertes Melanom	Pat. (Melanom seit 2003 bek.) wurde am 04.03. beim AG wegen seit mehreren Tagen bestehender Kopfschmerzen und Erbrechen aufgenommen. Befund: Verlangsamung, Gedächtnisstörungen, leichte Facialisparesie links. CCT am 04.03.: Metastase (4,6 x 3,3 cm) rechts frontal. Strahlentherapie erst nach OP, da Metastase zu groß, Termin für 12.03. geplant. Zuerst Besserung, ab 07.03. Verwirrheitszustände, Fortecortgabe. Nach Angiographie am 09.03. kam es zu cerebralen Krampfanfällen, Verlegung auf Intensiv. CCT: Ödemzunahme, Mittellinienverschiebung, Prolaps Temporallappen in Tentoriumsschlitz. Verlegung in neuro-chirurgisches KH, bei Aufnahme Pupillen maximal weit, lichtstarr, keine motorischen Reaktionen. Not-OP, Entfernung Tumor und Hämatom, postoperativ keine Erholung, Pat. verstarb am 11.03.	Tod. Zeitliche Verzögerung Therapie?
Gu-10-05	43	m	Patient	Neurologie	20.08.-25.08.05 stationär Apoplex (A. cerebri media li.)	Pat. erlitt am 20.08. zwischen 16-17 Uhr eine akute Hemiparese rechts mit globaler Aphasie, der Notarzt wies ihn beim AG ein, Aufnahme um 18.19 Uhr. CCT ergab Hinweis auf Verschluss A. cerebri media links, Dissektion der ACI mittels Doppler und DSA bestätigt. Gefäßchirurgisches Konsil ergab keine Indikation für OP, Tele-Konsil mit Neurochirurgie ergab Verzicht auf Lyse-Therapie, Antikoagulation mittels Heparinperfusor begonnen. Entlassung am 25.08.	Hemihypästhesie, Spastik Koordinationsstörungen rechts, Wernicke-Aphasie, frühere Berufstätigkeit unmöglich. Medikamentöse Therapie?
Gu-10-06	87	w	Tochter (Erbin)	Neurologie	20.07.-05.08.08 stationär Apoplex (A. cerebri. media li.)	Neurologische Symptomatik der Pat. vom 20.07. strittig zwischen AS/AG. Pat. (bek. Herzinsuffizienz) wurde am 20.07. per Notarzt unter den Diagnosen Herzinsuffizienz, Exsikkose, Schwäche (GCS 15) beim AG eingewiesen. Aufnahmebefund: grobneurologisch unauffällig, keine Fokalneurologie, stationäre Aufnahme. Am nächsten Morgen Hemiparese rechts, CCT zeigte Ischämien im Bereich der Inselrinde links, neurolog. Konsil: ASS-Gabe. Doppler ergab einen Verschluss der ACI links im Bifurkationsbereich. Verlegung am 05.08. in Reha.	Fulminanter Krankheitsverlauf, 100% Pflegebedürftigkeit. Verzögerung Diagnostik?
Gu-10-07	74	m	Patient, anwaltlich vertreten	Neurologie	10.05.08 Notfallambulanz Apoplex	Der AS (Z.n. Apoplex, dies AG nicht bekannt) stellte sich am 10.05. aufgrund eines Kraftverlustes im rechten Bein nach längerer Busfahrt in der Notaufnahme des AG vor. Diagnose: vorübergehende Schwäche rechtes Bein mit Lumboischialgie, Zustand nach PTA linkes Bein, M. Parkinson ambulant behandelt. Am 13.05. wurde AS per Notarzt mit V.a. Apoplex in anderes KH eingeliefert, CCT ergab noch keinen Nachweis einer frischen Ischämie. Im Verlauf dann Ischämie Stammganglienbereich links.	Hemiparese rechts, Dysarthrie. Diagnostik unvollständig?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
<p>War die medizinische Überwachung der Patientin unzureichend und ist die Verlegung aus der Intensivstation zu früh erfolgt? Ist die Durchführung der labortechnischen Untersuchungen von Blut und Liquor zu beanstanden? Ist die antibiotische Behandlung der Patientin korrekt erfolgt? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>Nein, anhand klarer medizinischer Kriterien. Unterschied zwischen Intensiv- und Intermediate Care ist Beatmungspflichtigkeit und Intensität der medizinischen Betreuung. Da funktionierende Spontanatmung und stabile Kreislaufverhältnisse vorlagen, war Verlegung 4 Tage postoperativ angemessen. Nein, sowohl von zeitlichem Verlauf als auch von Frequenz und Art der Durchführung erfolgten labortechnische Untersuchungen lege artis. Ja. Infektionen am Liquorsystem sind schwere Krankheitsbilder, bei intracerebraler Blutung potenziert, dies verbunden mit zeitweise nicht vorhandenem Keimnachweis ist 3- bzw. 4-fach Antibiose und der Rückgriff auf Reserveantibiotika adäquat, Gabe erfolgte jeweils unmittelbar nach Symptombeginn. Nein, Verlauf krankheitsbedingt und schicksalhaft (erst rückläufige Temperatur bis 01.03.). Entfällt.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler kann nicht nachgewiesen werden.</p>
<p>Hätte die Gehirnoperation früher als erfolgt durchgeführt werden müssen? Hätte bei frühzeitigerer Operation eine bessere Überlebenschance bestanden? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>Nein, zeitlicher Ablauf der Untersuchungen liegt im Rahmen dessen, was in neuro- und onkologischen Kliniken üblich ist. Angio ist präoperativ erforderlich. Es besteht nicht nur die Möglichkeit, sondern eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür, dass eine um ein oder zwei Tage früher durchgeführte Angio die Einklemmung auch früher ausgelöst hätte, der Verlauf gleich geblieben wäre. Unbekannt. Keine zeitlichen Vorgaben zu Behandlungspfaden singulärer Hirnmetastasen existent, auch keine wissenschaftliche Evidenz. Frage, ob Not-OP (ohne Angio) ggü. elektiver OP überlegen ist, wäre spekulativ. Nein. Entfällt. Kommission: Behandlungsfehler. Gefahr der Einklemmung bestand, da Hirndrucksymptomatik vorlag, Pat. seit diesem Moment höchstgefährdet. Not-OP hat schlechteres Outcome als Elektiv-OP, d.h. Elektiv-OP war frühzeitig anzustreben, bis 07.03. Es sei bekannt, dass Angio bei Pat., die kurz vor Einklemmung stehen, zu Zustandsverschlechterung/Status epilepticus führen kann. Angio hätte in OP-Bereitschaft erfolgen müssen. Kausalitätsbeurteilung wie Gutachter.</p>	<p>Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt vor. Ob sie zu einem Gesundheitsschaden geführt hat, ist nicht feststellbar.</p>
<p>Ist die beim AG durchgeführte Diagnostik und Therapie zu beanstanden? Hätte eine Lyse-Therapie durchgeführt werden müssen? Hätte der Patient umgehend in eine Stroke-Unit verlegt werden müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>Nein, Diagnostik nicht zu beanstanden, da nach Anamnese und körperlicher Untersuchung das CT bereits im Zeitraum von 28-37 min nach Aufnahme erfolgte (schneller als in jeder bisherigen Thrombolyse-Studie) und nach 100 min bereits eine DSA erfolgte. Nein, Therapie nicht zu beanstanden, da 2005 Antikoagulation mittels Heparin Standard war (obgleich ohne wissenschaftliche Evidenz). Nein, es hätte keine Lyse durchgeführt werden müssen, obwohl Zeitfenster nicht überschritten war, Symptomatik keine eindeutige KI war, da selbst bis 2010 keine wissenschaftliche Evidenz bezüglich der Überlegenheit einer Lyse bei Dissektion vorliegt. Aufgrund der Länge des Gefäßverschlusses ist vielmehr von einer schlechteren Wirksamkeit der Lyse auszugehen. Nein, AG ist neurologische Klinik, 30-40% haben Apoplex, daher häufiges Krankheitsbild, vielmehr war zeitlicher Ablauf bei AG überraschend schnell, Verlegung hätte Zeitverzögerung bedeutet. Nein, "state of the art". Entfällt.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler kann nicht nachgewiesen werden.</p>
<p>Hätte bereits am Aufnahmetag ein CCT durchgeführt werden müssen? Hätten Maßnahmen zur Vermeidung eines Schlaganfalls ergriffen werden müssen? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>Nein, Mehrzahl der Dokumente spricht gegen Apoplex, Notarztprotokoll gibt "keine neurologische Symptomatik" und GCS 15 an, Aufnahmebefund AG "grobneurologisch unauffällig, keine Fokalneurologie". CCT hätte am Aufnahmetag vermutlich keine Zeichen eines frischen Schlaganfalls ergeben (da Inselrinde), da bei frischen ACI-Stenosen ausgedehnte Infarkte entstehen (lagen nicht vor) daher Stenose länger bestehend. Früheres CCT hätte mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu keiner Therapieänderung geführt. Nein, war nicht vorherzusehen, Ursache mögl. intermittierendes VHF, aber EKG ergab Sinusrhythmus. Nein, Hauptsymptom das zur Einlieferung führte (Notarzt und AG übereinstimmend) war Herzinsuffizienz, nicht Apoplex. Entfällt.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt nicht vor.</p>
<p>Behandlung sorgfältig? Hätte der AG am 10.05. eine weiterführende Diagnostik veranlassen müssen? Ist es dem AG vorzuwerfen, einen cerebralen Insult am 10.05. fehlerhaft nicht erkannt zu haben? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?</p>	<p>Ja, sorgfältige, zielorientierte Untersuchung, Bandscheibenvorfall und höhergradige peripher-vaskuläre Komplikation konnten ausgeschlossen werden. Nein, Verzicht auf weitere Diagnostik aufgrund Vorgeschichte (pAVK Grad IV, PTA vor 15 Tagen, längeres Sitzen) sowie rascher Besserung der Symptomatik plausibel, wäre DD von Internisten/Neurologen bei vollständiger Kenntnis der Vorgeschichte und hoher Inzidenz pAVK/cerebraler Insult in Erwägung zu ziehen. Nein, von chirurgischem Assistenzarzt ist bei dieser Symptomatik eine cerebrale Durchblutungsstörung nicht grundsätzlich anzunehmen, zumal Verschlechterung der AVK, M. Parkinson bzw. Exsikkose bei längerer Busfahrt ähnliche motorische Defizite wie Apoplex erzeugen kann. Entfällt.</p>	<p>Ein ärztlicher Behandlungsfehler kann nicht nachgewiesen werden.</p>

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Gu-10-08	3	w	Eltern (gesetzliche Betreuer)	Pädiatrie/ Radiologie	AG1: 13.03.05 telefonisch AG2: 14.03-24.03.05 stationär ischämischer Insult (latrikulostriataler Insult)	Am 13.03. fiel die Pat. nach Angaben der Mutter "beim Spielen um", anschließend bestanden Bewegungseinschränkungen des rechten Beines. Es wurde telefonisch der Sonntagsdienst (AG1) kontaktiert. Inhalt, insbesondere Symptomatik des Telefonats, ist strittig. AG1 empfahl erneuten Anruf, wenn keine Besserung auftrate. Am nächsten Tag erfolgte die Vorstellung beim HA, da inzwischen mehrfache Inkontinenz auftrat, dieser veranlasste die sofortige Einweisung in die Kinderklinik (AG2). Dort wurde zunächst von Intoxikation ausgegangen, da fragl. Kontakt mit SSRI bestand. Am 14.03. abends trat neurologische Symptomatik auf. CCT ergab frische Ischämie.	Halbseitenlähmung links. AG1: Diagnostik unzureichend? AG2: Verzögerung Diagnostik?
Gu-10-09	40	w	Witwer	Neurologie	06.07.08 Notfallambulanz SAB °V	Die Pat. (langjährige Migräne bekannt) stellte sich am 06.07. beim AG aufgrund dreitägiger Kopfschmerzen bioccipital vor. Körperliche Untersuchung ergab chronische Nackenverspannung, kein Meningismus, keine neurologischen Defizite, Laborbefunde negativ. Bei V.a. Meningitis DD SAB wurde vom AG Lumbalpunktion angeboten, von der Pat. jedoch abgelehnt. Am 10.07. erlitt Pat. Bewusstseinsverlust mit Koma, Einlieferung in anderes KH, dort Feststellung SAB °V bei Aneurysmata Mediabifurkation rechts und PICA links. Am 15.07. verstarb die Patientin.	Tod. AG1: Diagnostik unzureichend? AG2: Verzögerung Therapie?
Gu-10-10	37	w	Patientin, anwältlich vertreten	Neurologie	24.-26.06.07 stationär Apoplex (Ponsinfarkt)	Die Pat. wurde in der Nacht vom 23./24.06. um 0.06 Uhr beim AG stationär mit Verdacht auf Ponsinfarkt mit Dysarthrie und Hemiparese rechts aufgenommen. Beginn der Symptomatik (Gangstörung, Kribbelparesien) ist strittig. CCT (0.30 Uhr) ergab keine Zeichen einer Infarzierung, jedoch "deutliche Erweiterung der A. basilaris links und Ektasie des Basilariskopfes" bei Megadolichobasilaris. AG veranlasste Heparinisierung, darunter Besserung der Symptomatik. Am 25.06. wurde MRT durchgeführt: frischer Hirnstamminfarkt pontin, a.e. Verschluss Perforator-Ast der A. basilaris. Aufgrund akuter Verschlechterung erfolgte am 26.06. die Verlegung in Uniklinik.	Apoplex, Hemiplegie rechts. Medikamentöse Behandlung?
Gu-10-11	24	m	Patient	Unfall- chirurgie	01.01.08 Notfallambulanz Commotio cerebri	Pat. wurde nachts nach tätlicher Auseinandersetzung beim AG eingeliefert. Es wurden multiple Prellungen und Hautabschürfungen am Kopf und an der Hand festgestellt. Bildgebende Diagnostik erfolgte nicht, der Pat. wurde nach symptomatischer Behandlung entlassen. Im Rahmen weiterer Arztbesuche in den Folgetagen wurden folgende Diagnosen gestellt: SHT °I, Contusio bulbi links, Nasenbeinfraktur mit Schiefnase, Strecksehnenabriss DV links, posttraumatische Belastungsstörung.	Schmerzen, Folgebehandlungen erschwert. Diagnostik unvollständig?
Gu-10-12 9/09	40	w	Patientin, anwältlich vertreten	Chirurgie	11. u. 12.08.06 stationär Commotio cerebri	Pat. erlitt am 11.08. einen Reitunfall mit initialer Bewusstlosigkeit und wurde vom Notarzt beim AG eingewiesen. Röntgenaufnahmen des Schädels, HWS, BWS erfolgten. Diagnosen: Commotio cerebri bei Bewusstlosigkeit und retrograder Amnesie, Thoraxprellung links, HWS-Distorsion. Am Folgetag Entlassung gegen ärztlichen Rat. Am 14.08. wurde eine Rippenfraktur links und am 31.08. eine intracerebrale Blutung rechts frontal/links temporal festgestellt.	Kopf- und Nackenschmerzen, Bewegungseinschränkun gdes Ellbogens und teilweiser Hörverlust Diagnostik unvollständig?
Gu-10-13 74/09	19	m	Betreuerin, anwältlich vertreten	Neuro- chirurgie	24.04.-26.04.07 stationär SHT°III	Pat. erlitt am 19.11. schweres SHT mit Epiduralblutung, Kraniotomie durch AG durchgeführt. Anschließend Reha, Urosepsis, Nephrektomie rechts. Am 24.04. Wiederaufnahme bei AG zur "Reimplantation des kryokonservierten Knochendeckels", OP erfolgte am 26.04. Unmittelbar postoperativ trat eine rechts-frontale Blutung mit Raumforderung auf, Not-Revision erforderlich. Ursache: wahrscheinlich "Perforation arterielles Gefäß bei Anlage Hochnähte".	Schwere Hemiparese links mit Hypalgesie der kompletten linken Seite. Operative Therapie?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
AG1: Wie ist das Vorgehen zu bewerten, wurde insbesondere die gebotene ärztliche Sorgfalt beachtet? Ergeben sich Hinweise auf einen Behandlungsfehler und ist der ggf. Behandlungsfehler als "grob fehlerhaft" einzuschätzen? AG2: Hätte die CCT frühzeitiger erfolgen müssen? Behandlungsfehler?	AG1: Kritisch, sicher mitgeteilt wurde AG1 eine Bewegungseinschränkung des Beines, diese erfordert bei 4-jähriger Pat. eine umgehende ärztliche Untersuchung. Ja, AG1 ergriff keine weiteren diagnostische/therapeutische Maßnahmen, eine Klinikeinweisung war angezeigt, mindestens jedoch ein Hausbesuch erforderlich. Ob der Behandlungsfehler "grob fehlerhaft" ist, kann bei gegensätzlichen Aussagen nicht festgestellt werden, er wäre es, wenn AG1 das Umfallen, Aphasie und Fallen der Tasse aus der Hand mitgeteilt worden wäre. AG2: Nein, AG2 durfte von Intoxikation ausgehen, da Pat. Kontakt zu Sertralin hatte und im Urin Nikotinspuren zu finden waren, beide Intoxikationen können aufgetretene Symptomatik hervorrufen, AG2 hielt Rücksprache mit Giftzentrale. Nein, nach Neuauftreten der neurologischen Symptomatik wurde CCT durchgeführt. Entfällt.	AG1: Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Verstoß gegen ärztliche Sorgfaltspflicht. Kausalität unklar, Beweislastumkehr nur bei grobem Behandlungsfehler, dies in Schlichtungsverfahren nicht nachweisbar (Aussage gegen Aussage). AG2: Ein Behandlungsfehler liegt nicht vor.
Hätte anlässlich der ambulanten Untersuchung der Patientin am 06.07. eine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden müssen? Ist die Aufklärung der Patientin über die Notwendigkeit einer Lumbalpunktion zu beanstanden? Behandlungsfehler?	Sehr dürftige Dokumentation des AG. Insbesondere keine Dokumentation zur Kopfschmerz- charakteristik. Allerdings ist anhand Aufklärungsbogen die DD SAB durch AG dokumentiert. Nicht eindeutig feststellbar, ob Bildgebung indiziert war, da Diskrepanz zwischen AS/AG bezüglich Beschwerdesymptomatik. Allerdings hätte AG CCT konsequenterweise durchführen müssen, da nachweislich differentialdiagnostisch an SAB gedacht wurde. Nein, korrekt erfolgt mit Unterschrift der Pat. und Vermerk, dass diese eine LP ablehne. Nein, da AG DD an SAB dachte, CCT wäre vor Lumbalpunktion erfolgt. Entfällt. Kommission: Behandlungsfehler, da AG an SAB dachte, hätte unabhängig von einer zusätzlichen Lumbalpunktion ein CCT erfolgen müssen. Nicht ursächlich, Sensitivität des CCT bei 92-98%, fällt mit jedem Tag bis auf 50% an Tag 5, es kann daher nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass CCT einen reaktionspflichtigen positiven Befund und einen anderen Krankheitsverlauf ergeben hätte.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor. Der Behandlungsfehler ist jedoch nicht ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden.
Ist der Ablauf der bildgebenden cerebralen Diagnostik zu beanstanden? Bestand bei der Patientin eine Indikation zur Durchführung einer Lysebehandlung? Behandlungsfehler?	Nein, umgehendes CCT erfolgt, 10 h Stunden später Kontroll-CCT, früheres MRT war nachrangig und hätte weder aus ex ante- noch aus ex post-Betrachtung zu anderer Therapie führen können. Nein, unbeachtet des strittigen Zeitfensters zur Lysebehandlung ist die Lysetherapie nicht zwingend indiziert gewesen, da das Blutungsrisiko aufgrund der Gefäßanomalie erheblich war und in 80% der Fälle tödlich verläuft. Nein, schicksalhafter Verlauf bei langjähriger Gefäßerkrankung. Entfällt.	Ein ärztlicher Behandlungsfehler kann nicht nachgewiesen werden.
Diagnosen richtig und vollständig? Diagnostische Maßnahmen ausreichend und angemessen? Welche weiteren Diagnosen wurden nach Versorgung durch AG von Ärzten gestellt? Sind diese im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 01.01. erklärbar? Wenn ja, wie ist ihre verspätete Erkennung erklärbar? Behandlungsfehler?	Nein, unvollständig, lediglich "Schädelprellung" diagnostiziert. Nein, Röntgenuntersuchung des Kopfes unterblieb trotz Hinweisen auf Commotio cerebri, Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme war nicht sicher gegeben. SHT °I, Contusio bulbi links, Nasenbeinfraktur mit Schiefnase, Strecksehnenabriss DV links, posttraumatische Belastungsstörung. Ja, alle. Verknennung von Nasenbeinfraktur und Contusio bulbi nicht erklärbar, Strecksehnenabriss möglicherweise erst ein Teilabriss, Belastungsstörung erst später aufgetreten. Bezüglich Schwere der Commotio keine Aussage möglich, Diskrepanz zwischen AS/AG. Ja, bildgebende Diagnostik und Erkennen einer Nasenbeinfraktur war erforderlich, klinische Untersuchung hätte zur Diagnose Strecksehnenabriss führen sollen. Contusio bulbi in Notaufnahme nicht zwingend erkennbar. Ja, Septorhinoplastik wäre mit Wahrscheinlichkeit bei frühzeitiger Behandlung verhinderbar gewesen. Bezüglich Strecksehnenabriss wäre Chancenverbesserung möglich gewesen.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung liegt vor. Kausalität bejaht.
Waren die notfallmäßigen diagnostischen Maßnahmen am 11.08. angemessen? Waren die Diagnosen zutreffend? Welche nicht diagnostizierten Verletzungen hat AS erlitten? Was waren die Ursachen des Nicht-Erkennens? Wie sind die vorgetragenen Gesundheitsschäden zu erklären/bewerten? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, allerdings wäre ein CCT aufgrund der Bewusstlosigkeit und retrograder Amnesie erforderlich gewesen. Ja, bis auf Diagnose Commotio cerebri, es war eine Contusio cerebri. Diese Diagnose konnte von Seiten des AG nicht gestellt werden, da kein CCT durchgeführt wurde. Mit Wahrscheinlichkeit aber auch initial nicht mit CCT erkennbar, aufgrund geringer Größe (8 mm) 20 Tage später. Rippenfraktur lag nicht vor, Röntgenaufnahmen liefern keinen Nachweis, Verdacht wurde durch HA mittels Sono gestellt. Kopfschmerzen und Merkfähigkeitsstörungen durch SHT erklärbar, neurologische Beschwerden des Ellbogens konnten auch durch Neurologen nicht verifiziert werden. Nein, lediglich Diagnosefehler, dieser war nicht ursächlich für Gesundheitsschaden.	Ein Diagnosefehler liegt vor, dieser ist jedoch nicht kausal für den geklagten Körperschaden.
War die OP am 26.04. indiziert? Erfolgte sie lege artis? Wie erklären sich die postoperativ festgestellten erheblichen Störungen im Heilverlauf? Behandlungsfehler? Ggf. ursächlich?	Ja, aufgrund der Vorgeschichte (Substanzabusus, Stürze) und der großen Knochenlücke mit freiliegenden Gehirnteilen bei nicht unerheblicher Sturzgefahr war zweifelsohne die Indikation zur OP gegeben. Ja, laut OP-Bericht wurde OP korrekt durchgeführt, schwierige Präparationsverhältnisse nach Entlastungskraniotomie sind typisch. Ja, bei dieser Art von OP ist gerade im Hinblick auf postoperative Nachblutungen ein intraoperatives Risiko gegeben, auch bei regelhaftem und adäquatem Vorgehen können Nachblutungen nicht zu 100% ausgeschlossen werden, aufgrund der Vulnerabilität des freiliegenden Kortex können Verletzungen kleiner Arterien auftreten, ohne dass dies intraoperativ bemerkt wird. Nein, typisches OP-Risiko dieses Eingriffs. Entfällt.	Eine fehlerhafte ärztliche Behandlung ist nicht feststellbar.

Anhang II

Sachverhaltszusammenfassungen des Instituts für Rechtsmedizin der LMU

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-01-01	57	m	Staatsanwaltschaft München I	Arbeits- medizin / Innere Medizin	28.06.00 ambulant /als Ersthelfer Mediaterritorial- infarkt rechts	Der Pat. erlitt am 28.6. am Arbeitsplatz einen Schlaganfall (Kribbeln u. Taubheitsgefühl linker Arm) und wurde von der Betriebsärztin (AG) behandelt. Bei entgl. Bluthochdruck (220/120) sowie vorangegangenen Wechsel des Bluthochdruckmittels durch den HA wurden blutdrucksenkende Medikamente gegeben, eine KH-Einweisung war lt. AG nicht erforderlich. Nach ca. 1 h Kraftminderung des linken Arms, Empfehlung KH aufzusuchen, dies erfolgte am selben Tag. Rezidive während des stationären Aufenthaltes am 8.7., 10.7. und 19.7. Generell widersprüchliche Zeugenaussagen zur Schwere und zeitlichem Auftreten der Symptome.	Rezidive, persistierende Halbseitenlähmung, OP mit teilweiser Kalottenentfernung. Fehldiagnose?
Re-01-02	23	m	Staatsanwaltschaft München I	HNO / Neuro- chirurgie	AG1: 01.-05.und 11.- 19.03.99 stationär, 8.,9.,10.,11. 03. ambulant AG2: 19.-30.3.99 stationär Septumdeviation, Muskelhyperplasie Hirnschwellung	Am 01.03. Tonsillektomie, OP der Septumdeviation durch AG1 als Belegarzt, Entlassung am 05.03., ambulante Nachkontrollen am 08.,09.,10.03. Am 11. 03. Schmerzen und Schwellung der Stirn, CCT ergibt Spiegelbildung in allen NNH. Abstrich ergibt Normalflora. Stationäre Aufnahme und antibiotische Behandlung durch AG1. Krankenblattunterlagen unvollständig, lediglich OP-Bericht vorhanden. Befundverbesserung während der nächsten Tage, am 19.03. Auftreten von Kopfschmerzen, nächtliches Erbrechen. CCT-Kontrolle: intracerebrale Luft, Hirnschwellung. Verlegung des Pat. am selben Tag in die Neurochirurgie (AG2). Hier klinisch und radiologisch Hirndruckzeichen, Entlastungs-OP am 20.03.. Erneute operative Deckkompression am folgenden Tag bei steigenden Druckwerten (EVD). Antibiotische Behandlung der Streptokokken Gruppe C aus Abszessabstrich. 27.3. Anstieg der Entzündungs-Parameter, Tod am 30.09.99	Tod durch cerebrales Herz-Kreislaufversagen bei malignem Hirnödem und Hirnschwellung. AG1 + AG2: operative Therapie?
Re-01-03	57	m	Staatsanwaltschaft München I	Chirurgie / Radiologie	26.03.09 stationär Polytrauma	Der Patient (marcumarisiert) erlitt am 25.03. einen Fahrradunfall, am Morgen des Folgetages wurde er beim AG eingeliefert. Neurologische Defizite, insbesondere Hirndruckzeichen lagen nicht vor, bei Brillehämatom und Prellmarke der Schläfe. Das CCT ergab: Clavicula-Fraktur, V.a. Orbitabodenfraktur, keine intracerebrale Blutung bei älteren ischämischen Arealen. Es wurde ein konservatives Vorgehen gewählt, Vereinbarung zur Wiedervorstellung am 29.03. bezüglich Orbitabodenfraktur und der Pat. auf eigenen Wunsch entlassen. Am 28.03. wurde der Patient tot in seiner Wohnung aufgefunden.	Tod durch intracerebrale traumatische Blutung, SDH. Fehldiagnose?
Re-01-04	69	m	Staatsanwaltschaft München II	Notfall- medizin	15.07.00 auswärts SHT °III	Der Patient (Radfahrer) wurde morgens von den Beschuldigten mit dem Auto angefahren und anschließend an einen Baum gelehnt, der Patient war nicht ansprechbar. Ca. 1 Stunde später wurde durch einen Unbeteiligten der Notarzt verständigt, KH-Aufnahme ergab die Diagnosen: SHT °III, akutes SDH mit 3 cm Breite und Mittellinienverlagerung, Hirnstammbildung, Schädelfraktur. Am Abend desselben Tages verstarb der Patient.	Tod. Verzögerung Therapie?
Re-01-05	54	m	Staatsanwaltschaft München I	Radiologie Unfall- chirurgie	12.02.00 Notfallambulanz SHT, Schädelbruch	Pat. wurde nachts in Schlägerei verwickelt, nach Schlag Sturz auf den Hinterkopf, laut Zeugenvernehmung "lautes Krachen hörbar", ca. 5-minütige Bewusstlosigkeit, Verbringung mittels Notarzt in Notfallambulanz des AG. Dort wurde eine 4 cm lange Platzwunde supraorbital rechts genäht, Anzeichen für eine zentralnervöse Störung sind nicht dokumentiert. CCT erfolgte nicht, Pat. wurde entlassen. Aufgrund persistierender Kopfschmerzen erfolgte am 14.02. ein CCT mit Nachweis einer Schädelfraktur, diese wurde konservativ behandelt.	Kopfschmerzen. Diagnostik unvollständig?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Wäre dieser Verstoß ggf. für den Gesundheitsschaden des Patienten ursächlich? Hätte eine umgehende KH-Einweisung bei V.a. Schlaganfall erfolgen müssen? Hätte durch eine frühzeitige Krankenhauseinweisung nachfolgende Rezidive verhindert bzw. der Gesundheitsschaden reduziert werden können?	Eine Lyse-Behandlung wird nur innerhalb der ersten drei Stunden angewendet, wobei nicht alle Pat. lysefähig sind. Nur bei einem Drittel der einer Lyse-Therapie zugeführten Patienten ergibt sich durch die Behandlung eine funktionelle Besserung. Lyse-Therapie führt nur zu einer Besserungschance. Das Verbringen auf eine Schlaganfall-Spezialstation ist empirisch von erheblicher therapeutischer Relevanz, dies erfolgte innerhalb der ersten 24 Stunden. Bei Anzeichen für einen Schlaganfall ist der Pat. einer spez. Behandlung zuzuführen. Wann genau die Beschwerdesymptomatik sicher abgrenzbar war, ist aus den Unterlagen nicht sicher festzustellen. Pat. wäre bei seinem Krankheitsbild vermutlich nicht einer Lysebehandlung zugeführt worden, bzw. hätte von dieser vermutlich nicht profitiert.	Nein, es ist in jedem Fall davon auszugehen, daß durch früheres Verbringen auf eine Stroke-Unit eine Besserung des akuten Zustands oder eine Vermeidung weiterer Komplikationen keinesfalls mit der im Strafprozess erforderlichen Sicherheit, auch nicht mit Wahrscheinlichkeit erreicht worden wäre.
War der Eingriff in seinem gesamten Umfang indiziert? Ergeben sich Hinweise für ein ärztliches Fehlverhalten bei der Durchführung der OP? Wurde der Pat. in der Folgezeit entsprechend den Regeln der ärztlichen Sorgfaltspflicht weiterbehandelt a.) ambulant (AG1) b.) stationär (AG2)? Wurde beim 2. und 3. operativen Eingriff gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen und ist hierdurch ein Gesundheitsschaden bzw. der Tod des Patienten eingetreten? Kann durch das Hineinstecken mit zwei Metallnadeln die Verletzung eingetreten sein? Wurde hierbei lege artis gehandelt? Hätte die Verlegung zu AG2 früher erfolgen müssen?	Bei Septumdeviation, Muschelhyperplasie und chron. Tonsillitis sind die gewählten Maßnahmen aus medizinischer Sicht grundsätzlich nicht zu beanstanden. Die Durchführung der OP selbst ist nicht zu beanstanden. Weiterbehandlung: a.) durch AG1: Es wurde auf die Zeichen einer infektiösen Komplikation sofort und richtig reagiert (stationäre Aufnahme am 11.03. und antibiotische Anbehandlung) soweit bei fehlenden Krankenblattunterlagen beurteilbar (Art/Zeitdauer Antibiose, Antibiotogramm?). b.) durch AG2: Anstieg der Hirndruckwerte war medikamentös nicht zu beherrschen, "Entdeckung des Schädels" + "Eröffnung der Stirnhöhlen" waren indiziert, auch um eine Ausräumung des Abszessherdes zu ermöglichen. Die Perforation und Eröffnung der Schädelhöhle (Luft im CCT in der Schädelhöhle am 19.03.) ist i.R. einer Nasennebenhöhlenpunktion i.S. einer Komplikation möglich, jedoch ist keine Liquorrhoe dokumentiert, andere Möglichkeiten sind denkbar (Sinusitis mit Auflösung des Knochens, Schneuzen, altes SHT, spontan).	Es besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen OP und Tod im Sinne einer Aneinanderreihung von Komplikationen. Ein ärztliches Fehlverhalten als Ursache für diese Komplikationen ist weder aufgrund der Obduktionsbefunde noch der Aktenlage nachweisbar. Da derartige Komplikationen auch für sich vorstellbar sind, ist aus med. Sicht ein kausaler Zusammenhang im strafrechtlichen Sinne nicht herstellbar.
Ist der Rückschluss des radiologischen Gutachters auf ein zweites Verletzungsgeschehen nach dem ersten Unfall aus dem Verletzungsbild nachvollziehbar? Könnte die zum Tode führende Blutung durch eine Contre-Coup-Verletzung entstanden sein? Welche Maßnahmen wären aufgrund des radiologischen Befundes geboten gewesen? Wie dringlich waren diese Maßnahmen? Durfte mit einer Behandlung bis nach dem Wochenende gewartet werden? Wäre das Ableben des Verstorbenen bei rechtzeitiger und richtiger medizinischer Versorgung vermeidbar gewesen?	Nein, da von der Verlängerung einer Bruchlinie vom Scheitelbereich links sich eine scharnierbruchartige Frakturformation in der linken Hälfte der mittleren Schädelgrube über den Türkensattel hinweg nach rechts darstellt, besteht kein vernünftiger Zweifel, daß die beschriebenen Frakturen Folge nur eines einzigen Traumas gewesen sind. Ja, kein Zweifel, dass autopsisch festgestellte Rindenläsion Contre-Coup-Verletzung darstellt. Radiologischer Befund unvollständig, Rippenserienfraktur, Hämatothorax und Schädeldachbruch übersehen. Absolute Indikation zu weiterführenden diagnostischen und ggf. therapeutischen Maßnahmen stationär lag vor, es durfte nicht 3 Tage gewartet werden. Nein, es hätte sich ein therapeutisches Fenster ergeben, aber aufgrund der Restletalität bei SDH auch unter sofortiger Entlastung und der Unkalkulierbarkeit der Auswirkungen eines intracerebralen Hämatoms kann nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit bewiesen werden, dass der Patient auch unter adäquater Therapie nicht verstorben wäre.	Behandlungsfehler. Kausalität entsprechend strafrechtlicher Wahrscheinlichkeit verneint. KH- und Ermittlungsakten. Zusatzgutachten
Unterlassene Hilfeleistung/fahrlässige Tötung? Wäre der Patient auch bei sofortiger Hilfeholung gestorben?	"Nein, unter Berücksichtigung des klinischen Verlaufs ab dem Zeitpunkt der notärztlichen Maßnahmen bis zum Ableben des Patienten, lag bereits initial ein Mittelhirnsyndrom vor. Vor dem Hintergrund schwerster Schädel-Hirn-Verletzungen hätte eine frühere Zuführung zu ärztlichen Maßnahmen keinen belegbaren Einfluß auf den Krankheitsverlauf gehabt. Aus forensisch-medizinischer Sicht kann daher nicht nachgewiesen werden, daß im Falle einer sofortigen Versorgung das Ableben des Patienten hätte verhindert werden können bzw. der Patient nicht zum selben Zeitpunkt verstorben wäre.	Unterlassene Hilfeleistung/fahrlässige Tötung? Wäre der Patient auch bei sofortiger Hilfeholung gestorben?
Behandlungsfehler? Hätte eine Röntgenuntersuchung/ein CT des Schädels durchgeführt werden müssen? Ist durch das Unterlassen ein Gesundheitsschaden entstanden?	Diskrepanz zwischen Stellungnahme des AS und der Dokumentation des AG. Bei Kopfplatzwunde und 5-minütiger Bewusstlosigkeit wäre Röntgen-Schädel indiziert gewesen, nach Dokumentation des AG lag keine zwingende Indikation zur Durchführung von Röntgenaufnahmen des Schädels vor, da keine neurologischen Störungen vorlagen und eine Bewusstlosigkeit dezidiert verneint wurde. Nein, fachradiologische Nachbefundung der CCT-Aufnahmen ergab keinen Nachweis einer Schädelfraktur, Kontusionsblutung kann sicher ausgeschlossen werden.	Kein Behandlungsfehler. Eventuell diagnostische Fehler, aber kein Gesundheitsschaden. KH- und Ermittlungsunterlagen, ext. Gutachten.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-01-06	72	w	Staatsanwaltschaft München I	Innere Medizin	18.04.-29.04.01 stationär CLL/SDH	Stationäre Aufnahme der Patientin auf Normalstation des AG zur Fortführung der Chemotherapie. Am Folgetag KH-Sturz, anfangs neurologisch unauffällig, Eintrüben nach einigen Stunden, sofortiges CCT mit Befund: traumatisches SDH, Trepanation mit erneuter Trepanation am Folgetag bei Rezidivblutung. Patientin verstarb am 29.04.	Tod durch zentrale Dysregulation. Verzögerung Diagnostik?
Re-01-07	33	m	Staatsanwaltschaft Augsburg	Neurochirurgie	03.01.-22.01.00 JVA SAB °IV	Pat. (Z.n. Schädelbruch vor 5 Jahren) litt regelmäßig unter Kopfschmerzen und Schwindelanfällen. Nach Hafturlaub klagte Patient ab dem 03.01. über starke Kopfschmerzen, eine Behandlung fand nicht statt (Gesuch nicht dokumentiert). Am 22.01. klagte er gegen 1 Uhr morgens über starke halbseitige Kopfschmerzen, ärztliche Versorgung mit 1/4-stündiger Kontrolle der Vitalparameter erfolgte für 2 h, gegen 8 Uhr wurde er bewusstlos aufgefunden, eine Halbseitenlähmung bestand bereits. Im KH wurde SAB mit Ventrikeleinbruch bei Media-Aneurysma-Ruptur festgestellt.	100% Pflegebedürftigkeit, Halbseitenlähmung, Sprachstörungen. Verzögerung Einweisung?
Re-01-08	57	m	Staatsanwaltschaft München I	Unfallchirurgie	26.09.-01.10.00 stationär SHT °III	Pat. (Z.n. Apoplex, Marcumarpatient) erlitt Arbeitsunfall (Sturz von Ladefläche) und wurde vom Notarzt unter Diagnosen "Verletzungen Unterschenkel, Kopfverletzungen, mindestens Gehirnerschütterung" beim AG eingeliefert. CCT war unauffällig . Bei zunehmenden Kopfschmerzen, Erbrechen erfolgte am 28.09. ein Kontroll-CCT: Kontusionsblutungen frontal und occipital, Verlegung auf Intensivstation mit engmaschiger neurologischer Überwachung. Nach cerebralem Krampfanfall erneutes CCT, Blutungszunahme, ausgeprägtes Hirnödem, Craniotomie, Patient verstarb am 01.10.	Tod durch Bronchopneumonie. Verzögerung Diagnostik?
Re-02-01	39	m	Staatsanwaltschaft Traunstein	Unfallchirurgie	07.06.00 Notfallambulanz SDH	Pat. (Faktor-V-Leiden, Marcumarpatient) erlitt starke Kopfschmerzen, Erbrechen (mit Blut), HA äußerte V.a. Magen-Darm-Blutung, DD Gehirnblutung, KH-Einweisung gegen 12 Uhr. dort erfolgte kein CCT . Pat. verließ gegen ärztlichen Rat das KH, suchte Ehefrau bei der Arbeit auf, danach tiefer Schlaf. Bei weiterem Erbrechen/Phantasieren, per Notarzt um 22.00 Uhr KH-Einlieferung, Diagnose einer SDH und sofortige OP.	Amnesie, Konzentrations- und Sprachstörungen. Diagnostik unvollständig?
Re-02-02	71	w	Staatsanwaltschaft Landshut	Allgemeinmedizin	20.03.02 ambulant SAB	Die Pat. (marcumarisiert, AG nicht bekannt) erlitt häuslichen Sturz, auf Anraten von Verwandten suchte sie einen HA (AG) gegen 17 Uhr auf, dieser fertigte Röntgenaufnahmen der Schulter/Ellbogen aufgrund von Schmerzen/Abschürfungen an, Pat. und Angehörige verneinten Sturz auf den Kopf. Pat. übergab sich in Praxis, neurologisch unauffällig (keine Pupillendifferenz, keine Nackensteifigkeit), AG riet KH-Einweisung, wurde abgelehnt. Massive AZ-Verschlechterung, Notarzteinsatz gegen 22.00 Uhr, KH, CCT: SAB. Die Pat. verstarb in den Morgenstunden des Folgetages.	Tod durch zentrale Dysregulation. Einweisung?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Hätte die bildgebende Diagnostik früher erfolgen müssen? Hätte der KH-Sturz vermieden werden können, insbesondere da Schwindel dem AG bekannt war?	Mortalität bei akutem SDH sehr hoch, ausschlaggebend ist frühzeitige Diagnosestellung und operative Entlastung, da Mortalität bei komatösen Patienten bei 60-90% liegt. Nein, da bei einfachem Sturz allein und ohne neurologischen Auffälligkeiten CCT nicht indiziert ist. Als neurologische Defizite auftraten, wurde umgehend die adäquate Diagnostik und Therapie veranlasst. Es kann nicht nachgewiesen werden, dass bei frühzeitiger Entlastung die Patientin relevant länger gelebt hätte. Möglicherweise, aber: keine Dokumentation vorhanden, Sitzwache und Fixierung waren bei bewusstseinsklarer Patientin nicht indiziert.	Kein Behandlungsfehler feststellbar. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? Hätte der Gesundheitsschaden durch rechtzeitige Hilfeleistung vermieden werden können?	Nein, Beobachtungsanweisungen des Arztes nicht zu beanstanden, neurologische Symptomatik lag nicht vor, GCS 15. Es ist möglich, und zumindest nicht ausgeschlossen, dass die computertomographischen Auffälligkeiten sich innerhalb von 6 h Stunden entwickelt haben (1 cm Mittellinienshift). Neurologische Symptomatik ist bei SAB nicht obligat, so dass ex post nicht nachgewiesen werden kann, wann die Bewusstseinsstörungen aufgetreten sind bzw. hätten wahrgenommen werden müssen. Nein, CCT-Befunde waren weitgehend identisch mit intraoperativen Befunden, d.h. irreversible Gesundheitsschäden waren sehr früh realisiert.	Nein. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler i.S.v. fahrlässiger Körperverletzung? Hätte das CCT bereits am Aufnahmetag erfolgen müssen? Überwachung ausreichend? Kausalität?	Pat. verstarb an Bronchopneumonie, nicht an Hirnblutung (entgg. Todesbescheinigung). Ja, allerdings erfolgte CCT bereits am Aufnahmetag ohne Hinweis auf frische traumatische Hirnschädigung. Allerdings wurde Knochenfenster nicht angefertigt, daher Schädelbruch nicht erkannt. Daher war Annahme eines blande verlaufenden SHT gerechtfertigt. Aber Kontroll-CCT am Folgetag wäre aufgrund der Marcumarisierung indiziert gewesen. JA, Aufnahme auf Normalstation gerechtfertigt, da dokumentierte Überwachung vergleichbar mit Intermediate-Care-Station. Nein, es kann keinesfalls mit der erforderlichen Sicherheit gesagt werden, dass durch CCT am Folgetag ein günstigerer Krankheitsverlauf für Pat. resultiert hätte, insbesondere, da die Behandlungsmöglichkeiten der hier aufgetretenen Traumakomplikationen sehr beschränkt sind und sich auch keine sichere Vermeidbarkeit der Komplikationen bei früherer Kenntnis z.B. der Schädelfraktur konstatieren lässt.	Behandlungsfehler. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion und feingewebliche Zusatzuntersuchung der Lunge, neuropathologische Hirnuntersuchung, Zeugenvernehmung.
Behandlungsfehler? Hätte ein CCT durchgeführt werden müssen? Hätte die Schwere des Krankheitsverlaufs vermindert werden können?	Nein. Diagnostisch stand V.a. Magen-Darm-Blutung im Vordergrund (Diagnose des einweisenden HA), dennoch wurde an cranielle Blutung gedacht. Neurologische Untersuchung unauffällig, kein Anhalt für zentrales Geschehen, auch unterstützt durch den selbständigen Besuch der Ehefrau am Arbeitsplatz. Ex post sicher CCT indiziert gewesen, aber ex ante nicht mit der erforderlichen Sicherheit feststellbar. Nein, nicht sicher belegbar, dass Blutung zu frühem Zeitpunkt mittels CCT feststellbar war (intraoperativ maximale Stärke 2 cm), außerdem wurde Gesundheitsschaden durch Hygrom/Hirnödem am 10. Tag postoperativ kompliziert.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten. Zusatzgutachten.
Behandlungsfehler? Hätte eine umgehende KH-Einweisung erfolgen müssen?	Nein, AG fertigte bei Verdacht auf Schulterluxation Röntgenaufnahmen an, Sturz auf Kopf wurde von Pat. und Angehörigen verneint, Marcumareinnahme war AG nicht bekannt, neurologische Untersuchung ausreichend und unauffällig. Erbrechen mit Tramaleinnahme ausreichend erklärbar. Pat. erlitt ausgedehnte SAB mit SDH und Mittellinienshift größer 2 cm. Blutung kann auch ohne Anstoßen des Kopfes, durch Relativbewegung von Gehirn zu Schädel und Einreißen der Brückenvenen entstehen, dann sind keine äußeren Verletzungen erkennbar, allerdings muss nicht zwangsläufig eine intracerebrale Blutung auftreten. Pat. lehnte KH-Einweisung ab, selbst wenn AG von Marcumar gewusst hätte, hätte er bei unauffälligem Befund nicht gegen Willen der Pat. handeln können.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsunterlagen, Obduktion.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-02-03	44	m	Staatsanwaltschaft München II	Radiologie / Notfallmedizin / Unfallchirurgie	10.02.02 Notfallambulanz SHT	Der Pat. (C2-Abusus, Diabetes) stürzte am 10.02. gegen 18 Uhr in alkoholisiertem Zustand im Treppenhaus, wurde von Sanitätern ins KH gebracht. Nach ambulanter Untersuchung (V.a. Commotio, Röntgenbefund negativ, Neurologie unauffällig) verließ er gegen ärztlichen Rat das KH. Am 13.02. wurde der Pat. tot in seiner Wohnung aufgefunden.	Tod an zentralem Regulationsversagen. Diagnostik unvollständig?
Re-02-04	52	w	Staatsanwaltschaft Deggendorf	Rehabilitationsmedizin	13.02.-18.02.02 stationär Aneurysma, SAB °II	Pat. wurde bei V.a. SAB in KH eingeliefert, Angio ergab Aneurysma der A. communicans anterior, dieses wurde operativ am 22.01. versorgt. Am 13.02. Verlegung in die Rehabilitation in stabilem AZ. Am Nachmittag des 18.02. klagte die Patientin über Kopfschmerzen, die sich im Verlauf zurückbildeten. Gegen 20 Uhr wurde die Pat. bewusstlos im Bett aufgefunden, RR 230/140, anschließend 2-facher tonischer Anfall, Kardiopulmonale Insuffizienz, Reanimation frustan.	Tod. Diagnostik unzureichend?
Re-02-05	82	w	Staatsanwaltschaft München I	Notfallmedizin	13.08.01 Notarzteinsatz Apoplex	Pat. erlitt akut starke Kopfschmerzen, Erbrechen und legte sich hin, Notarzt wurde verständigt, während der Versorgung stürzte die Patientin beim Aufstehen auf das Gesicht. Im KH wurde eine intracerebrale Massenblutung des Kleinhirns links festgestellt. Die Pat. verstarb im weiteren Verlauf an den Folgen einer Pneumonie.	Tod durch Pneumonie. Versorgungsstufe?
Re-02-06	61	w	Staatsanwaltschaft München II	Notfallmedizin	27.07.00 Notarzteinsatz SAB/ICB	Pat. erlitt während Spaziergang um 19.50 Uhr starke Kopfschmerzen, der Rettungswagen traf um 20.10 Uhr ein, Notarzt erst gegen 20.40 Uhr, Verdachtsdiagnose: Hitzekollaps, DD Hirnblutung. Einlieferung in Uniklinik wurde abgelehnt, vielmehr Aufnahme in Privatklinik. Da erst andere Patientin im RTW versorgt wurde, erfolgte Aufnahme in KH erst um 21.45 Uhr, CCT ergab: intracerebrale Massenblutung frontal (7 x 3 cm) SAB beider Hemisphären mit Ventrikeleinbruch. Verlegung in andere Klinik, Eintreffen um 01.00 Uhr, operative Versorgung. Patientin verstarb am 01.08.	Tod. Verzögerung Einweisung?
Re-02-07	39	w	Staatsanwaltschaft München I	Notfallmedizin	18.05.01 Notarzteinsatz SAB °IV	Pat. erlitt als Beifahrerin ein akutes Kopfschmerzereignis, verließ das Auto an der Ampel und rannte in die nebenliegende Apotheke, wo sie sich mehrfach erbrach. RTW ohne Notarzt traf ein, stellte Diagnose "zu schnelles Mittagessen", und riet der Pat. zur Bettruhe. Nach ca. 1-2 Stunden Bettruhe traten Sprachstörungen auf, der neu gerufene Notarzt stellte V.a. Hirnblutung und veranlasste die sofortige KH-Einweisung. Diagnose: SAB mit posthämorrhagischem Hydrocephalus bei Aneurysmata AcomA und AcomP rechts, Shunt-Anlage, 4-wöchiger Intensivaufenthalt.	zum damaligen Zeitpunkt noch nicht absehbar. Fehldiagnose?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Hätte ein CCT durchgeführt werden müssen? Hätte der Pat. - ohne Hinweis auf ein Todesrisiko - aus dem KH entlassen werden dürfen? Kausalität?	Ja, Röntgenbilder falsch befundet, paramediane Schädeldachfraktur nicht erkannt, wäre diese erkannt worden, wäre CCT obligat gewesen. Bei alkoholisiertem Sturz und Prellmarke hätte auch direkt ein CCT erfolgen können. Nein, wäre paramediane Schädeldachfraktur sowie EDH, SDH, SAB und Contre-Coup-Verletzung durch CCT erkannt worden, wäre stationäre Aufnahme und ggf. Therapie indiziert gewesen. Bei synoptischer Würdigung der im gegenständlichen Fall realisierten Gesamtbefundkonstellation hätte bei lege artis erfolgter diagnostischer Abklärung und Therapie der Tod zwar mit Wahrscheinlichkeit, nicht jedoch mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit verhindert werden können. Nein, da in manchen Fällen, jedoch nicht obligat, einer derartigen Hirnschwellung durch geeignete therapeutische Maßnahmen entgegengewirkt werden kann.	Behandlungsfehler. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, ext. Fachgutachten.
Behandlungsfehler? Hätte bei Auftreten der Kopfschmerzen umgehend ein CCT durchgeführt werden müssen? Kontrollen ausreichend?	Nach Aktenlage und bei Nichtdurchführung einer Obduktion kann zur genauen Todesursache keine Stellung genommen werden. Es ist jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, daß bei dem zugrundeliegenden Krankheitsbild (Aneurysmaruptur mit SAB) bei gleichzeitig bestehendem BHD und plötzlich auftretenden Kopfschmerzen von einer Nachblutung auszugehen ist. Diese ist eine gefürchtete, nicht vorhersehbare, nicht vermeidbare und häufig tödliche Komplikation einer derartigen Erkrankung. Nein, stündlich Vigilanz-, Meningismus- und RR-Kontrolle ausreichend, da auch initial kein Meningismus, keine neurologische Symptomatik oder Vigilanzminderung vorlag. Nach Notarztprotokoll waren die Ersthelfermaßnahmen suffizient.	Keine fahrlässige Tötung, kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, keine Obduktion (Einäscherung bereits erfolgt).
Behandlungsfehler? Erfolgte der Sturz aufgrund pflichtwidrigen Verhaltens des AG? Welche Verletzungen wurden durch Sturz verursacht? Ist die Pat. an den Folgen des Sturzes gestorben?	Nein, Patientin erlitt Schlaganfall aus innerer Ursache (RF Leukämie, BHD, ASS) mit Somnolenz. Diese kann fluktuierend sein, Bewusstseinsstörungen treten auf. Dadurch kann Sturz von Sofa erklärt werden, als Pat. den Entschluss fasste aufzustehen. Spontanbewegungen waren für AG nicht vorauszusehen, kein Grund für Fixierung ersichtlich. 2 abgeschlagene Zähne, Gesichtsverletzungen, aber Kleinhirnmassenblutung war nicht Folge, sondern Ursache des Sturzes. Mit Sicherheit nicht, sondern an Komplikation der Massenblutung.	Kein Behandlungsfehler, keine fahrlässige Tötung. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? War die Verdachtsdiagnose gerechtfertigt? War die Wahl der Klinik angemessen? Durfte die andere Pat. zuerst versorgt werden? Hätte die Patientin bei sofortiger sachgerechter ärztlicher Versorgung gerettet werden können?	Ja, Aufenthalt in der prallen Sonne bei 30°C, Pat. ansprechbar, keine neurologische Symptomatik, lediglich etwas verlangsamt. Ja, da CCT-Möglichkeit von Leitstelle mitgeteilt wurde um Hirnblutung auszuschließen. Ja, dauerte lediglich einige Minuten, Handverletzung bei erster Hilfe, V.-Diagnose war Hitzekollaps. Nein, Pat. erlitt Kombination aus ICB und SAB mit Ventrikeleinbruch, dies entspricht einer schlechten Prognose, da anfängliche Symptomatik milde war, ist von Nachblutung auszugehen, dies tritt auch bei 30% unter zielgerichteter Behandlung auf. Es ist auf keinen Fall mit der im Strafprozess erforderlichen Sicherheit beweisbar, aber angesichts der Ausdehnung der ursprünglichen Blutung auch nicht naheliegend, dass die Pat. durch früher einsetzende maximale therapeutische und diagnostische Maßnahmen hätte gerettet werden können.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? Unterlassene Hilfeleistung? Hätte der akut bedrohliche Zustand der Patientin von dem AG erkannt werden müssen? Hätte eine sofortige KH-Einbringung erfolgen müssen? Hätte der AG aufgrund des Zustandes der Pat. davon ausgehen müssen, dass diese nicht zu eigenverantwortlichen Entscheidungen in der Lage war? Gesundheitsschaden durch verspätete KH-Aufnahme?	Theoretisch gut vorstellbar, dass Schwere des Krankheitsbildes zunächst nicht erkennbar war. Diskrepanz zwischen den Zeugenaussagen. Schwere der später klinischen Auffälligkeiten und Somnolenz kann nicht als Entscheidungshilfe bei der Beurteilung der diskrepanten Aussagen herangezogen werden, da steigende Symptomatik häufig erst durch Nachblutungen auftritt. Laut Zeugenaussagen ja, anhand AG-Vernehmung nein. Nein, die unterschiedlichen Zustandsbeschreibungen dahingestellt, auch sehr starke Kopfschmerzen heben die Eigenverantwortlichkeit einer Entscheidung nicht auf, nur Bewusstseinsstörungen, diese werden von keiner Partei geschildert. Nein, SAB Grad I oder II lag initial vor, OP ist innerhalb von 72 h anzustreben, es kann aber niemals mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass ein Blutungsrezidiv verhinderbar gewesen wäre.	Behandlungsfehler bei diskrepanten Zeugenaussagen nicht sicher feststellbar. Kausalität in jedem Falle verneint. KH- und Ermittlungsakten, Zeugenvernehmung.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-02-08	80	w	Staatsanwaltschaft München II	Innere Medizin	28.01.-04.02.02 stationär ICB	Pat. stürzte, wurde bewusstlos aufgefunden, Einlieferung beim AG. CCT: rechtshemisphärische große Parenchymblutung (7,4 x 5 x 4cm), Ventrikeleinbruch, ausgeprägte Hirnschwellung rechtshemisphärisch, Pellotierung Hinterhirn rechts. Pat. verstarb am 04.02.	Tod durch vermutlich zentrales Regulationsversagen. Therapie unvollständig?
Re-02-09	35	m	Staatsanwaltschaft München II	Innere Medizin	20.05.02 stationär SHT	Pat. (C2-Abusus) stürzte zu Hause, Erbrechen, per Notarzt Transport zum AG unter Verdachtsdiagnose Gastroenteritis/C2-Intoxikation, ggf. Prädelir. Bei Aufnahme zeigten sich keine Schädelverletzungen, der Pat. war abgesehen von einem Zittern neurologisch unauffällig. 10 min nach Aufnahme wurde Pat. auf dem Boden aufgefunden, CCT ergab Schädelbruch, SDH, SAB, Verlegung in anderes KH und OP. Pat. verstarb 2 Tage später.	Tod durch zentrales Regulationsversagen. Versorgungsstufe?
Re-03-01	nicht bekannt	m	Bayer. Landessozialgericht Schweinfurt	Notfallmedizin	nicht bekannt Notarzteinsatz ICB	Nicht vollständig rekonstruierbar, Pat. war um 10.11 Uhr nachweislich handlungsfähig (aus Kontext ergibt sich zu diesem Zeitpunkt vermutlich die selbstständige Benachrichtigung des Notarztes), dieser traf jedoch erst um 12.00 Uhr ein, zu diesem Zeitpunkt war Patient bereits bewusstlos mit Streckkrämpfen und ohne Pupillenreflexe.	Tod. Verzögerung Therapie?
Re-03-02	74	w	Staatsanwaltschaft Landshut	Unfallchirurgie	16.01.-12.02.00 stationär SHT	Die Patientin erlitt bei häuslichem Sturz eine Kopfplatzwunde mit spritzender Blutung und Claviculafraktur und wurde beim AG bewusstseinsklar und kreislaufstabil eingeliefert. Dieser veranlasste die Primärversorgung, Röntgenschädelaufnahmen, neurologisches Konsil und stationäre Aufnahme zur Überwachung. Am Folgetag erneuter Sturz um 21.30 Uhr, stündliche Kontrolle Vitalparameter unauffällig, am 18.01. um 7 Uhr morgens nicht mehr erweckbar, lichtstarre Pupillen, CCT: akutes SDH, subakutes ICB, sofortige OP, im Verlauf Meningitis, Pat. verstarb am 12.02.	Tod durch Multiorganversagen. Fehldiagnose?
Re-03-03	84	m	Staatsanwaltschaft München I	Neurochirurgie	19.11.-16.12.02 stationär SHT °III	Patt. litt an einem SDH, elektive KH-Aufnahme, OP komplikationslos, am Abend des OP-Tages wurde Pat. von Pflegekraft aufgerichtet, an die Bettkante gesetzt, aus dieser Stellung Sturz, Kopfplatzwunde, CCT: akute SDH li. (raumfordernd)> re., ausgeprägte SAB, Lufteinsprengungen in SAB-Räume. 2te OP, Befundverschlechterung im Verlauf, Pat. verstarb am 16.12.	Tod an Pneumonie. Versorgungsstufe?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Hätten weitere Maßnahmen, insbesondere eine Antibiotikagabe und Reanimation erfolgen müssen?	Nein, der Befund ist aus rechtsmedizinischer Erfahrung mit einem längeren Überleben nicht vereinbar; zum Zeitpunkt dieser Untersuchung war somit gerechtfertigt, von einem irreversiblen Eintritt des Sterbevorganges auszugehen, die Prognose war infaust. Therapeutische Maßnahmen, wie z. B. Gabe von Antibiotika, hätten bestenfalls eine Verlängerung des Sterbeprozesses, jedoch keinesfalls eine Gesundung oder anhaltende Verbesserung des Gesundheitszustandes bewirken können. (Verweis auf ärztliche Sterbebegleitung der BÄK)	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Zeugenvernehmung.
Behandlungsfehler? Hätte der Patient, insbesondere aufgrund der Anamnese fixiert werden müssen? War der KH-Sturz für den Tod verantwortlich?	Nein, Pat. war ansprechbar, orientiert, AG war vorangegangener Sturz nicht bekannt, keine alkoholtypische Entzugssymptomatik lag vor, führend waren Exsikkose und Diarrhoe. Pat. war wach und nicht unruhig, Indikation zur Fixierung lag nicht vor. Nicht differenzierbar, welcher Sturz letztlich die todesursächliche Blutung unter die harte Hirnhaut bzw. in die weiche Hirnhaut mit Einblutung in das Hirnkammersystem verursacht hat, zumal es auch durchaus denkbar und sogar wahrscheinlich war, daß die bei der Obduktion vorliegenden Befunde eine Mischung aus diesen beiden beschriebenen Sturzgeschehen darstellten.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? Hätte der Tod des Patienten durch ein früheres Eintreffen des Notarztes und KH-Einweisung vermieden werden können?	Nein, mit Wahrscheinlichkeit nicht, da Patient um 10.11 Uhr nachweislich noch handlungsfähig war, um 12 Uhr bei Eintreffen des Notarztes der Patient bewusstlos war, generalisierte Streckkrämpfe und nicht auslösbare Pupillenreaktion aufwies, spricht dies für rasche Entwicklung der Massenblutung. In Verbindung mit Lokalisation (Stammganglienbereich, Hirnrinde durchbrochen, Ventrikeleinbruch) und tatsächlicher Größe (8 x 3 x 7 cm) war Prognose infaust.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten. Zusatzgutachten
Behandlungsfehler? Aufnahmediagnose Commotio gerechtfertigt? Hätte zu einem früheren Zeitpunkt ein CCT erfolgen müssen? Kausalität?	JA, da sowohl am Aufnahmetag, als auch bis zum zweiten Sturzereignis keine neurologischen Auffälligkeiten vorlagen war Diagnose "Commotio" adäquat. Nein, aus denselben Gründen nicht zwingend indiziert bis 2ten Sturz. Umstände des zweiten Sturzes bleiben unklar. Fehlende Auffälligkeiten mit Bewusstlosigkeit nach 9,5 h gut mit freiem Intervall vereinbar. Röntgenaufnahmen und neurologisches Konsil wären nach Bettsturz und Kopfschmerzen indiziert gewesen, hätten aber Blutung nicht nachweisen können. Ob CCT zwingend indiziert gewesen wäre, ist bei vorliegender Dokumentation nicht beurteilbar. Aber bei Letalität von mehr als 30% des Befundbildes wäre Tod auch bei sofortiger OP nicht mit der erforderlichen Sicherheit vermeidbar.	Behandlungsfehler nicht belegbar. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? (Pflegerfehler?) Kausalität für Tod, bzw. ggf. fahrlässige Körperverletzung? Durfte der Pat. bereits am OP-Tag von Intensiv auf Normalstation verlegt werden? Durfte er durch die Pflegekraft auf diese Art und Weise mobilisiert werden?	Ja, die durchgeführte Bohrlochtrepanation beidseits ist kein Bagatelleingriff, jedoch auch nicht mit großer Vielzahl an postoperativen Komplikationen vergesellschaftet. Da die OP nachweislich komplikationslos verlief, war die frühe Verlegung auf Normalstation gerechtfertigt. Ja, allgemein ist frühe Mobilisation im Hinblick auf Thromboserisiken erwünscht, ferner existieren keine Standards bezüglich exaktem Zeitpunkt. Festzuhalten ist, dass Pflegekraft lehrbuchmäßig zuerst eine Aufrichtung im Sitzen durchführte um orthostatische Dysregulation, Schwindel oder Sturzneigung beobachten zu können. Dies erfolgte für 1-2 Minuten. Bezüglich Beobachtungszeitraum keine Standards, 1-2 min auch ex ante vertretbar, wenn wie hier BHD und Puls gemessen wurde. Sturz nicht vorhersehbar.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Zeugenvernehmung, Obduktion.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-03-04	86	w	Staatsanwaltschaft München II	Innere Medizin	28.02.-12.03.02 stationär Polytrauma	Patientin litt an einem Plasmozytom, war bereits mehrfach beim AG stationär zur Chemotherapie untergebracht. Während des besagten Zeitraums wurde die Pat. psychisch auffällig (aggressiv), musste zeitweise fixiert bzw. mit Haldol sediert werden. Am 12.03. wollte Patientin mehrfach KH verlassen, um kurz vor 14 Uhr wurde Pat. daran gehindert, das KH über Balkon zu verlassen. Anschließend Gespräch mit Stationsarzt, kurz darauf Sturz aus dem Fenster.	Tod durch suizidalen Sturz aus dem Fenster. Versorgungsstufe?
Re-03-05	58	m	Staatsanwaltschaft München II	Innere Medizin	07.01.-09.01.03 stationär Apoplex	Pat. (Z.n. Apoplex) wurde aufgrund von Kopfschmerzen und Schwindel beim AG am 07.01. eingeliefert. Am Aufnahmetag erfolgten 2 Nativ-CCTs, neurologisches Konsil, jeweils ohne Nachweis eines zentralen Geschehens. Bezüglich einer am Folgetag aufgetretenen Halbseitenschwäche besteht Diskrepanz zwischen AG und AS. Am 09.01. Gangauffälligkeit, CCT mit KM ergibt Nachweis eines Posteriorinfarkts rechts, Verlegung auf Stroke-Unit.	Hemiparese und Hemianopsie links. Fehldiagnose?
Re-03-06	56	m	Staatsanwaltschaft München I	Neurochirurgie	05.12.-20.12.02 stationär ICB	Pat. (C2-Abusus) wurde im Rahmen einer Wohnungseröffnung auf dem Boden liegend aufgefunden und unter der Verdachtsdiagnose Hirnblutung zum AG eingeliefert. CCT ergab eine Hirnblutung des rechten Stirnlappens sowie SAB. Aufgrund raumfordernder Größenzunahme der linksfrontalen Blutung Indikation zur OP, komplikationslose OP, kein Nachweis eines Aneurysmas. Aufgrund zunehmendem Hirnödem Reduktion der Therapie, Patient verstarb am 20.12.	Tod durch zentrales Regulationsversagen. OP lege artis?
Re-04-01	59	w	Staatsanwaltschaft München II	Innere Medizin	10.05.-14.05.03 stationär SDH	Pat. wurde beim AG stationär aufgrund einer seit einer Woche bestehenden motorischen Hemiparese aufgenommen, diese war bei Aufnahme nicht objektivierbar, V.a. TIA. Am 12.05. erfolgte eine MRT: SDH rechte Hemisphäre, Alter 7-21 Tage. Am 14.05. Verlegung in neurochirurgische Klinik zur weiteren Therapie, während des KH-Aufenthaltes beim AG sind keine neurologischen Auffälligkeiten dokumentiert. Bei Aufnahme in Neurochirurgie zeigten sich neurologische Ausfälle, es erfolgte eine Notfall-OP. Entlassung ohne fokale-neurologische Auffälligkeiten.	Potenziell lebensbedrohliche Situation. Diagnostik unvollständig?
Re-04-02	56	m	Staatsanwaltschaft München II	Innere Medizin	16.09.03 Notfallambulanz Apoplex	Pat. (Z.n. TIA) erlitt akute Erblindung auf dem rechten Auge um 5.00 Uhr und begab sich zum AG. Aufnahme um 5.44 Uhr, es erfolgte ein CCT, im Anschluss Auftreten einer Hemiparese, daher Kontroll-CCT um 7.30 Uhr. Konsultation des Tempis-Zentrums, von dieser Seite Abraten einer Lyse-Therapie. Verlegung in anderes KH, dort lokale Lyse um 11 Uhr.	Sensomotorische Hemiparese links, Facialisparese links. Verzögerung Therapie?
Re-04-03	55	m	Staatsanwaltschaft München I	HNO / Radiologie	24.11.-25.11.02 stationär SAB	Pat. wurde von HNO-Arzt zu AG aufgrund NNH-Beschwerden und Druck im Kopf eingewiesen. NNH-OP erfolgte am nächsten Tag, intraoperativ erlitt Pat. Blutdruckkrise und wurde intubiert, Verlegung am selben Tag in anderes KH unter Verdachtsdiagnose Schädelbasisverletzung. Dortiges CCT ergab SAB infolge Aneurysma AcomA. Patient verstarb zwei Tage später.	Tod durch malignes Hirnödem in Folge SAB. OP lege artis?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Hätte die Patientin fixiert bzw. sediert werden müssen?	Pat. war bis zur Nacht vor besagtem Tag fixiert, aufgrund klinischer Besserung wurde diese aufgehoben, allerdings war Pat. mittels Haldol sediert. Kein notwendiger Anhalt für Fixierung, da Pat. ruhig und besonnen im Gespräch mit dem AG war, Intention konnte als glaubhaft nicht suizidal durch Pat. erklärt werden, Pat. reagierte auf Verbot, das KH verlassen zu können ruhig und einsichtig, nachdem die Komplikation einer erneuten Lungenentzündung genannt wurde. Weiterhin erhöht Fixierung Gefahr eines Dekubitus, einer Thrombose und ist häufig eine Gefährdung an sich, wenn Pat. versuchen sich zu befreien.	Kein Behandlungsfehler nachweisbar. KH- und Ermittlungsakten, Zeugenvernehmung.
Behandlungsfehler? Hätte der Posteriorinfarkt früher bemerkt werden müssen? Hätte der Patient sofort auf eine Stroke-Unit aufgenommen werden müssen? Hätte dadurch der Gesundheitsschaden vermieden werden können?	Nicht sicher feststellbar. Am Aufnahmetag erfolgten 2 CCT und ein neurologisches Konsil, diese ergaben keinen Nachweis eines Apoplexes. Allerdings könnte aus dem Befund des CCT vom 09.01. abgeleitet werden, dass die Diagnose früher hätte gestellt werden können. Dadurch wäre ggf. auch eine frühere Verlegung auf eine Stroke-Unit angezeigt gewesen. Nein, durch diese Maßnahme ist die Behandlungschance deutlich verbessert, jedoch kann dadurch ein symptomloses Ausheilen in keinem Fall garantiert werden.	Behandlungsfehler nicht sicher nachweisbar. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Zeugenvernehmung, Neurologisches Zusatzgutachten angeraten.
Behandlungsfehler? Kann ein Behandlungsfehler ausgeschlossen werden? Was war die genaue Todesursache?	Ja, kein Anhalt für Behandlungsfehler. Jeweils zeitnahe und adäquate Diagnostik und Therapie, OP lt. OP-Bericht und anhand Obduktion lege artis erfolgt. Therapieeinstellung adäquat bei bildgebendem Nachweis multipler Infarzierungen der Großhirnrinde und Mittelhirnsyndrom. Todesursache war zentrales Regulationsversagen, allerdings nicht feststellbar, ob in Folge des sturzbedingten SHT oder der Pneumonie. SHT mit linksfrontaler Blutung und SAB in Einklang mit Sturz auf Hinterhaupt und Contre-Coup-Verletzung.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatz-untersuchung des Gehirns.
Behandlungsfehler? Entstand eine Verzögerung in Diagnostik und Therapie? War das konservative Zuwarten vertretbar? Hätte am Aufnahmetag ein CCT durchgeführt werden müssen? Hätten weitere diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden müssen?	Nicht sicher feststellbar, da erhebliche Diskrepanz zwischen Dokumentation des AG (keine neurolog. Auffälligkeiten) und den Schilderungen der AS sowie dem Aufnahmebefund der nachfolgenden Klinik sowie den erwähnten Parästhesien auf dem MRT-Anforderungsschein. Daher war Zuwarten nicht sicher unvertretbar. Ja, aufgrund des Verdachts auf ein intracerebrales Geschehen wäre ein CCT am Aufnahmetag indiziert gewesen. Ja, es hätten trotz unauffälligen Aufnahmebefund weitere neurologische Untersuchungen erfolgen müssen. Selbst im Falle einer vom AG sachgerecht durchgeführten weiterführenden diagnostischen Abklärung und Therapie kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass der Geschehensablauf ein anderer gewesen wäre.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? Schuldhafte Verzögerung in Diagnostik und Therapie? Hätte CCT früher erfolgen müssen? Hätte eine Lyse-Therapie durchgeführt werden müssen? Hätte dadurch der Gesundheitsschaden minimiert werden können?	Nein, eine wesentliche Verzögerung kann nicht nachgewiesen werden. Nein, 70 min nach Aufnahme erfolgte 1. CCT, dies ist vertretbar. Dort zeigte sich kleines Ischämieareal. Nein, da 3 h Zeitfenster nicht sicher offen war (Beginn der Symptomatik nachts unklar), Rücksprache mit Tempis: ein mögliches großes Ischämieareal bei verschlossener ACM und ACI ist als zumindest relative Kontraindikation einer systemischen Lyse anzusehen. Nein, nicht selten therapierefraktärer Verlauf trotz Lyse.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? Kausalität für Tod, bzw. ggf. fahrlässige Körperverletzung? OP lege artis? Hätte das Aneurysma früher erkannt werden müssen?	Ja, Perforation der vorderen Schädelbasis ist typische Komplikation, kein Behandlungsfehler. Nicht sicher feststellbar, eher unwahrscheinlich, dass Schädelperforation auch zu Perforation des Aneurysmas führte, aufgrund anatomischer Distanz von ca. 1-2 cm, d.h. möglicherweise Spontanruptur infolge Blutdruckspitze koinzident zur Schädelperforation. Nein, bei Nachbefundung der CCT-Aufnahmen kann lediglich ein Verdacht auf ein Aneurysma gestellt werden.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatz-untersuchung des Gehirns, ext. Gutachten.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-04-04	46	m	Staatsanwaltschaft Augsburg	Neurochirurgie	07.04.-27.04.04 stationär Dysgerminom	Pat. (Resektion eines suprasellären Dysgerminoms im Alter von 14 Jahren) wurde beim AG aufgrund akut aufgetretener Beschwerden (Ungeschicklichkeit linke Hand, hängender Mundwinkel links, Sprachstörungen) aufgenommen. Es wurde der Verdacht auf eine vertebrobasiläre Ischämie gestellt. Eine Ursache für die Beschwerden konnte nicht gefunden werden. Pat. wurde 2 Tage nach Entlassung tot aufgefunden.	Tod an Atemantriebsstörung nach Tumorentfernung. Fehldiagnose?
Re-04-05	17	m	Staatsanwaltschaft Ingolstadt	Neurochirurgie	24.09.-27.09.03 stationär Medulloblastom	Pat. wurde beim AG aufgrund eines am selben Tage durchgeführten MRT mit Diagnose eines Kleinhirntumors (5 x 4 x 4 cm) stationär aufgenommen. Erbrechen, Gangunsicherheit und Kopfschmerzen wurden konservativ behandelt, die Indikation zur OP am 30.09. wurde gestellt. Am 27.09. wurde der Pat. bewusstlos aufgefunden, CCT ergab keine Veränderung zum MRT, bei Asystolie erfolgte Ventrikeldrainage. Am Folgetag verstarb der Patient.	Tod an zentralem Regulationsversagen bei Kleinhirntumor. Verzögerung Therapie?
Re-05-01	60	m	Staatsanwaltschaft München I	Neurochirurgie	16.07.04 auswärts SHT	Pat. wurde morgens um 2.00 Uhr niedergeschlagen und um 8.00 Uhr von Passanten aufgefunden. Verbringung ins KH, dort Diagnosen: Rechtsseitiger Schädelbasisbruch, SDH links, Kontusionsblutungen. Gegen 16.30 Uhr verstarb der Patient.	Tod durch Hirnstammeinklemmung nach Kontusionsblutung. Verzögerung Einweisung?
Re-05-02	53	w	Staatsanwaltschaft Traunstein	Innere Medizin	11.06.-13.06.04 stationär SHT/SDH	Pat. wurde beim AG aufgrund von Bauchschmerzen aufgenommen, bei Aufnahme war Pat. desorientiert, Diagnose: Urosepsis, Intensivstation. In der Nacht auf den 13.06. Sturz aus dem Bett, CCT ergab SDH, Verlegung in Neurochirurgische Klinik, dort OP und Feststellung entzündlicher Veränderungen im Gehirn und Hirnabszess. Die Patientin verstarb 2 Tage später.	Tod durch Hirndruckerhöhung infolge SDH. Versorgungsstufe?
Re-05-03	69	w	Staatsanwaltschaft München I	Neurochirurgie	10.05.-19.05.04 stationär Keilbeinmeningeom	Bei der Patientin wurde im März 2004 ein Gehirntumor diagnostiziert. Am 17.04. erfolgte beim AG die geplante OP ohne Komplikationen, die Patientin erlangte postoperativ das Bewusstsein nicht wieder, CCT ergab Hirndruck unklarer Genese, die Patientin verstarb 2 Tage später.	Tod infolge Hirndruckerhöhung. OP lege artis?
Re-05-04	70	w	Staatsanwaltschaft Traunstein	Innere Medizin	28.04.-22.06.04 stationär SHT/SDH	Multimorbide Pat. (fast vollständige Erblindung und Dialysepflichtigkeit bei Diabetes II, rez. Synkopen, BHD) erlitt häuslichen Sturz mit Bewusstlosigkeit, diese war bei Eintreffen des Notarztes nicht mehr gegeben. Pat. wurde beim AG eingeliefert. Dieser stellte die Diagnose Kreislaufkollaps, ein CCT erfolgte nicht. Während des stationären Aufenthaltes Sturz am 03.05. CCT: frisch eingekollabiertes chronisches SDH, OP. Im weiteren Verlauf apallisches Syndrom, Patientin verstarb am 19.07.	Tod an Pneumonie. Diagnostik unvollständig?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Ist ein Hirntumor übersehen worden? Was war die Todesursache? War der Tod bzw. lebensbedrohliche Situation bei Entlassung vorhersehbar? Durfte der Patient entlassen werden?	Nein, MRT und Obduktion zeigten zahlreiche pathologische Befunde, die sich als mittelbare Folge der durch die Diagnose und Resektion des suprasellär lokalisierten Keimzelltumors in die Wege geleiteten zweifachen Radiatio und einmaligen Chemotherapie erklären lassen. Todesursache war als Folge einer finalen Atemantriebsstörung nach Keimzelltumor Entfernung in Einklang zu bringen, begünstigt aber auch durch in der Körperperipherie realisierten mittelbaren pathologischen Effekt einer chronischen Hypoxidose. Nein, aufgrund Krankheitsvorgeschichte, MRT-Befunde, neurologischen und internistischen Status war vitale Gefährdung im Hinblick auf eine u.U. letal wirksame Störung der Hirnstammphysiologie ex ante nicht vorhersehbar. Ja, Pat. war subjektiv beschwerdefrei.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatz-untersuchung des Gehirns, feingewebliche Untersuchung des Herzens, Lunge, Leber, Niere, Toxikologie.
Behandlungsfehler? Hätten weitere diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden müssen? Hätte die OP früher erfolgen müssen? Hätte dadurch der Gesundheitsschaden verhindert werden können?	Ja, da Patient ab dem 26.09. eine neu aufgetretene Inkontinenz aufwies, war fundierte neurologisch-neurochirurgische Neubewertung zwingend indiziert. Ja, bereits zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt hätte ein auch kurativer neurochirurgischer Handlungsbedarf bestanden, zwingend in den Abendstunden des 26.09. aufgrund neu aufgetretener Hirndrucksymptomatik. Nicht mit der strafrechtlich erforderlichen Sicherheit, da bei neurochirurgischen Interventionen sowohl am 25.09.03 als auch am 26.09.03 in ex ante nicht vorhersehbarer Weise Komplikationen hätten auftreten können, die mit einem Überleben des Patienten nicht vereinbar gewesen wären. Beim Medulloblastom existieren hinsichtlich der perioperativen Letalität keine wirklich aussagekräftigen Studienergebnisse, Hite-Studie ohne Letalitätskennziffern.	Behandlungsfehler. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatz-untersuchung des Gehirns.
Totschlag vs. Körperverletzung? Hätte der Patient überlebt, wenn der Täter unmittelbar nach dem tödlichen Schlag ärztliche Hilfe geholt hätte? Trat unmittelbar nach dem Schlag und anschließendem Sturzgeschehen beim Patienten eine Handlungsunfähigkeit ein?	Ja, da der Ablauf mit Diagnose "schweres SHT" sowie intensivmedizinisch stabilisierenden Maßnahmen ohne vernünftige Zweifel 6 h früher erfolgt wären. Hirnentschwellende Maßnahmen hätten angesichts der klinischen Effizienz zu einem längeren Überleben geführt, der Patient wäre unter der Annahme eines Misserfolges dieser Maßnahme einer neurochirurgischen Eröffnung des Schädels unterzogen worden; die Komplikationsraten bei diesem Eingriff sind sehr niedrig, d.h. Pat. hätte OP überlebt. Ja, mittelschwere bis schwere Hirnverletzungen gehen in der Regel mit sofortigem traumatischen Bewusstseinsverlust einher.	Totschlag. Kausalität bejaht. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, Rücksprache ext. Gutachter.
Behandlungsfehler? Hätte der Sturz vermieden werden können? War der Sturz kausal für den Tod? Hätte die Patientin ohne Sturz länger gelebt?	Nein, Patientin war auf Intensivstation mittels Haldol sediert, andere atmungsdämpfende Medikamente wären in dieser Situation (Urosepsis mit E. coli, bei BHD, Diabetes, Adipositas) nicht indiziert gewesen. Zusätzlich waren Bettgitter angebracht und eine rechtlich ohnehin problematische Fixierung durchgeführt worden. Sturz war mit Ausbildung eines SDH und Hirndrucks kausal für den Tod. Nicht sicher feststellbar, da Urosepsis mit E. coli hohe Letalität aufweist.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatz-untersuchung des Gehirns.
Behandlungsfehler? Todesursache? OP lege artis?	Die Patientin verstarb an einem massiven Hirnödem nach Keilbeinmeningeomentfernung, ursächlich vermutlich eine rechtsseitige Durchblutungsstörung, da OP-Situs ACI tangiert, reflektorischer Gefäßspasmus denkbar (funktioneller Mechanismus, postmortal nicht zu verifizieren). Ja, kein Anhalt für einen Behandlungsfehler. Durchblutungsstörung als Komplikation der OP zu werten, insbesondere keine Anhalte für Kunstfehler bezüglich Narkose/Intubation.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Ärztlicher/pflegerischer Behandlungsfehler? Hätte ein CCT früher bzw. am Aufnahmetag durchgeführt werden müssen? Hätte dadurch der Gesundheitsschaden vermieden werden können?	Nein, am Aufnahmetag bestand nicht zwingend die Indikation zur CCT, Bewusstlosigkeit ist fraglich, Pat. war klinisch und neurologisch unauffällig. Selbst unter Annahme der Ursächlichkeit des Sturzes für das SDH und der Durchführung eines CCT, kann aufgrund des dokumentierten Zustandsbildes nicht davon ausgegangen werden, dass eine OP-Indikation bei den Vorerkrankungen gestellt worden wäre. Allerdings erfolgte keine unmittelbare Benachrichtigung des diensthabenden Arztes nach dem Sturz am 03.05. Nein, keine relevante Zeitverzögerung, multimorbide Patientin.	Behandlungsfehler. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-05-05	17	m	Staatsanwaltschaft München I	Chiropraktik	08.03.05 ambulant SHT/SAB	Pat. wurde am 30.03.05 in Schlägerei verwickelt, erlitt mehrere Schläge ins Gesicht, sofortiger Zusammenbruch und Bewusstlosigkeit. Bei Eintreffen des Notarztes lag GCS 3 vor, ebenso elektromechanische Entkopplung mit lichtstarrten Pupillen. KH-Diagnose: massive SAB mit Ventrikeleinbruch und Liquorstau, Pat. verstarb am 05.04. Am 08.03. wurde beim Pat. ein chiropraktisches Manöver durch Heilpraktiker aufgrund einer Rotation am cervico-thorakalen Überganges bei Th1/2 vorgenommen.	Tod an zentralem Regulationsversagen infolge SAB. Operative Therapie?
Re-05-06	88	w	Staatsanwaltschaft München II	Allgemeinmedizin	10/02-04.02.04 ambulant ICB	Pat. wurde seit 2002 vom AG im Rahmen einer Studie mit Molsidomin (Corvaton) behandelt. Am 04.02. erlitt Pat. eine halbe Stunde nach Medikamenten-Injektion einen Schlaganfall, im KH Feststellung einer ICB (6 x 8 cm mit Ventrikeleinbruch) links, Pat. verstarb am 10.02.	Tod aufgrund Massenblutung i.V.m. Pneumonie. Medikamentöse Therapie?
Re-05-07	48	w	Staatsanwaltschaft München II	Radiologie	12.11.-13.11.04 stationär SDH	Pat. wurde aufgrund akut aufgetretener Kopfschmerzen im KH stationär aufgenommen. Um 19.23 Uhr erfolgte ein CCT, Befund: SAB links frontoparietal, Ausdehnung maximal 1 cm, geringer Mittellinienshift. Aufgrund Zustandsverschlechterung erfolgte am nächsten Tag ein erneutes Nativ-CCT, Befund: Ausdehnung max 1,8 cm, progredient, Mittellinienshift bis max 2 cm.	Kopfschmerzen, leichte Hemiplegie linkes Bein, Kurzzeitgedächtnisstörungen. Verzögerung Diagnostik?
Re-05-08	28	m	Staatsanwaltschaft Traunstein	Unfallchirurgie	14.07.05 Notfallambulanz SHT/SAB, ICB	Pat. (alkoholisiert) wurde im Rahmen einer Messerstecherei ein Messer ca. 7 cm tief in die Schläfe gerammt, der Pat. wurde per Notarzt zum AG eingeliefert. Dort erfolgte die notfallmäßige Versorgung einer 3 cm langen Schnittwunde über dem linken Ohr, die Stichwunde der Schläfe wurde nicht festgestellt und der Pat. entlassen. Bei Befundverschlechterung erfolgte am Folgetag die Vorstellung beim HA, dieser veranlasste die notfallmäßige Aufnahme in anderes KH, dort GCS 9 und Not-OP.	Sprachstörungen, Hemiplegie rechts, noch nicht alles absehbar. Diagnostik unzureichend?
Re-05-09	65	m	Staatsanwaltschaft Augsburg	Unfallchirurgie	22. und 23.11.03 stationär SHT/ICB	Pat. (C2-Abusus, Krampfleiden bekannt) wurde von Ehefrau bewusstlos am Treppenabsatz im Keller liegend aufgefunden und wurde per Notarzt beim AG um 17.30 Uhr mit GCS: 12 und Diagnose SHT, V.a. SAB eingeliefert. Die dort diagnostizierte Kopfplatzwunde wurde versorgt, ein CCT erfolgte nicht, Pat. wurde stationär aufgenommen, da schwere Gehirnerschütterung nicht gänzlich ausgeschlossen werden konnte, BAK 2,7‰. Bei AZ-Verschlechterung erfolgte CCT gegen 22.20 Uhr, Feststellung Hirnblutung, infauste Prognose, keine Verlegung in Neurochirurgie, Pat. verstarb am nächsten Morgen.	Tod an zentralem Regulationsversagen infolge Hirnblutung. Verzögerung Diagnostik?
Re-05-10	74	m	Staatsanwaltschaft München II	Unfallchirurgie	05.06.-17.06.03 stationär SHT/SDH	Pat. (marcumarisiert) erlitt ohne erkennbaren Grund einen häuslichen Sturz, wurde beim AG eingeliefert. Der V.a. Schenkelhalsfraktur bestätigte sich nicht, der Pat. wurde cardiologisch abgeklärt und 12 Tage später entlassen. Am 22.06. stürzte Pat. erneut, CCT ergab SHT (Marshall Grad IV), raumfordernde SDH, Pat. verstarb trotz Trepanation.	Tod aufgrund transtentorieller Einklemmung in Folge SDH, SHT. Diagnostik unzureichend?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Folge der Tat oder Behandlungsfehler? Kann die massive SAB durch das chiropraktische Manöver 22 Tage vor Auftreten derselben verursacht worden sein?	Eine chiropraktische Justierung der oberen Brustwirbel erfolgt üblicherweise durch Druck auf die Wirbelsäule und stellt keinen Anlass für abrupte Manipulationen mit Beschleunigungen im cranio-cervikalen Übergang dar. Selbst wenn man ein solches Vorgehen unterstellen würde, ist ein Verlauf wie im gegenständlichen Fall beschrieben - mit symptomfreiem Intervall von 22 Tagen und dann abruptem Auftreten einer schwersten Hirnblutung, ohne dass schließlich radiologisch-klinisch bzw. autoptisch richtungsweisende und dafür charakteristische bzw. wenigstens als älter einzuordnende Veränderungen nachweisbar wären - nicht nachvollziehbar. Folge der Tat.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? War die Diagnose Apoplex gerechtfertigt? War die Injektion des Medikamentes kontraindiziert? Kann die Medikamenteninjektion den Schlaganfall verursacht haben?	Ja, da übereinstimmend eine motorische Schwäche der linken Hand/Arm auftrat, ICB aber ebenfalls links mit später rechtsseitiger Hemiparese, daher ex post Initialdiagnose Apoplex nicht falsch. Nein, nicht ersichtlich. Nein, Zusammenhang der auftretenden Hirnmassenblutung rechts mit dieser Injektion von Corvaton erscheint zwar nach den zeitlichen Abläufen naheliegend, ist allerdings über die Wirkmechanismen des Medikamentes schwer bis nicht begründbar: relevante NW mit Blutdrucksenkung, ICB setzt üblicherweise Blutdruckerhöhung voraus.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? Ist die Übermittlung der CCT-Befunde am Aufnahmetag um 7 h verzögert worden? Sind dadurch therapeutische Maßnahmen verzögert worden?	Nein, die dokumentierten Fax-Berichte ergeben Befundanfrage vom 12.11. um 20.28 Uhr, Übermittlung des Befundes erfolgte um 20.43 Uhr, am Folgetag war Befundanfrage um 9.51 Uhr, Übermittlung um 10.20 Uhr. Nein, der erhobene Befund eines kleinen subduralen Hämatoms stellt keinen Anlass für weiterführende Maßnahmen über eine engmaschige Überwachung hinaus (wie sie erfolgte) dar. Entsprechende Hirnblutungen können, ohne dass dies verhinderbar oder vorhersehbar wäre, von weiteren Rezidiven gefolgt werden, was hier offenbar am Morgen des 13.11.04 der Fall war.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? Hätten bildgebende diagnostische Untersuchungen erfolgen müssen? Hätte die Zustandsverletzung des Pat. bei sachgerechter Versorgung - insbesondere einer sofortigen Überweisung an anderes KH - vermieden bzw. minimiert werden können?	Nicht sicher feststellbar. Es ist festzustellen, dass bei Aufnahme des Pat. mit einer Verletzung im Kopfbereich, einer Rauschsymptomatik sowie eines laut Notarzt schläfrigen Zustandes, eine Röntgenuntersuchung des Schädels zum Ausschluss sicherlich angezeigt gewesen wäre. Gleichwohl kann - auch aufgrund sehr spärlicher Dokumentation - derzeit nicht mit der im Strafprozess erforderlichen Sicherheit gesagt werden, dass das Zustandsbild des Pat. bei Aufnahme (Alkoholisierung!) eine weiterführende Diagnostik, z.B. mittels Röntgen, zwingend erforderlich gemacht hätte. Nein, Primärtherapie hätte in jedem Fall in Stillung der Blutung aus Temporalarterie bestanden, weiteres Vorgehen erst bei Zustandsverschlechterung indiziert.	Behandlungsfehler nicht ausschließbar. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Zeugenvernehmung.
Behandlungsfehler? War eine CCT bei Aufnahme indiziert? Bestand die Indikation zur neurochirurgischen Therapie? Hätte durch eine ggf. rechtzeitige CCT-Diagnostik der Tod vermieden werden können?	Ja, aufgrund der dokumentierten Pupillomotorik (fast keine Reaktion auf Licht um 18.50 Uhr) wäre CCT indiziert gewesen, erfolgtes Röntgen nicht ausreichend. Nein, da primär petechiale bzw. petechial-konfluierende Blutung vorlag und nicht eine offene, raumfordernd-verdrängende Blutung, die einer Absaugung zugänglich gewesen wäre. Die computertomographisch festgestellte SDH war nicht wesentlich raumfordernd und stellte damit keine Indikation zur neurochirurgischen Intervention dar. Nein, die Prognose des Patienten war de facto ausschließlich bestimmt durch die gravierende ICB in der linken Großhirnhälfte. Diese Contre-Coup-Blutung war einer neurochirurgischen Therapie nicht zugänglich. Kausalität verneint, da keine Therapieoption vorlag. Schädeldach und Basisfraktur wurden im Röntgen nicht erkannt.	Behandlungsfehler. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatzuntersuchung.
Behandlungsfehler? Hätte am 05.06. ein CCT erfolgen müssen? Ist das am 22.06. diagnostizierte SDH auf den häuslichen Sturz vom 05.06. zurückzuführen?	Nein, aus den Behandlungsunterlagen ergeben sich keine Hinweise darauf, daß der Pat. sich am 05.06. sturzbedingt eine Schädelverletzung zugezogen hat, lediglich ein suboccipital lokalisierter Druckschmerz wird angegeben. Notarztprotokoll gibt Sturz auf Rücken mit Rückenschmerzen an. Nein, von entscheidender Bedeutung ist, dass an der harten Hirnhaut keinerlei Zeichen einer leukotaktischen Reaktion bzw. einer Organisation im weitesten Sinne anzutreffen waren, wie sie bei einer bereits länger bestehenden (ca. 2 bis 3 Wochen) subduralen Blutung zu erwarten wären.	Kein Behandlungsfehler. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatzuntersuchung.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-05-11	41	w	Staatsanwaltschaft München I	Notfallmedizin	25.05.04 auswärts SHT/SDH	Am Abend des 24.05. kam es im Rahmen mehrerer häuslicher Auseinandersetzungen zu wiederholten Kopfschlägen bei der alkoholisierten Patientin, möglicherweise auch mittels einer Flasche, der letzte Schlag erfolgte gegen 5.00 Uhr am 25.05. bei dem die Patientin zusammensackte. Laut Vernehmung schnarchte die Patientin gegen 6.30 Uhr in unveränderter Lage nach dem erfolgten Schlag. Gegen 17.30 Uhr wurde die Patientin leblos vorgefunden.	Tod durch SDH. Verzögerung Einweisung?
Re-05-12	83	m	Kriminal- polizei- inspektion	nicht bekannt	23.02.04 stationär SHT °I, SDH	Pat. (marcumarisiert) erlitt nächtlichen Sturz, aufgrund von Kopfschmerzen und Hämatom am Kopf Konsultation des HA, daraufhin Einweisung beim AG. CCT erfolgte nicht, AG besitzt kein CT. Gegen 21.00 Uhr erneuter Sturz (aus KH-Bett), Pupillenanisokorie, Verlegung in anderes KH, CCT ergibt raumfordernde SDH, Trepanation, Patient verstarb im Verlauf.	Tod durch Hirnödem in Folge SDH. Unvollständige Diagnostik?
Re-06-01	91	w	Landgericht Kempten	Rehabilitation	02.07.-27.07.03 stationär SHT	Pat. befand sich nach operativer Versorgung einer Oberschenkelhalsfraktur und Handgelenksfraktur beim AG zur Rehabilitation. Bei Aufnahme lag der Natrium-Wert bei 132 mmol/l, für den 22.07. ist ein Natriumwert von 130 mmol/l dokumentiert. Am 27.07. stürzte die Patientin und wurde ins KH verbracht, dort lag bei Aufnahme ein Natrium-Wert von 114 mmol/l vor. Das CCT ergab bis auf einen älteren Stammhirninfarkt keine Auffälligkeiten.	Pflegebedürftigkeit Stufe 1. Medikamentöse Therapie?
Re-06-02	26	w	Staatsanwaltschaft München I	Chirurgie	29.04.05 ambulant SHT	Pat. wurde ambulant ein Hämangiom der Hand entfernt (OP-Zeit von 5 min), 20 min postoperativ synkopierte die Pat. und wurde per Notarzt ins KH gebracht. Diagnose SDH, EDH, Fraktur im Bereich des Schläfenbeines. die Pat. wurde cranektomiert.	OP, motorische Aphasie. Medikamentöse Therapie?
Re-06-03	59	w	Kriminalpolizeiinspektion Rosenheim	Notfallmedizin	14.10.05 auswärts SDH	Pat. (C2-Abusus) wurde von einem Bekanntem mit Blutverkrustungen am Kopf bewusstlos gegen 8.00 Uhr aufgefunden. Der Bekannte ging von einem harmlosen Sturz aus und verständigte erst einen weiteren Bekannten, der Notarzt wurde erst 30 min später verständigt. Dieser stellte bei Eintreffen einen GCS-Wert von 3 fest.	Noch nicht absehbar. Verzögerung Einweisung?
Re-06-04	87	w	Staatsanwaltschaft Ingolstadt	Unfallchirurgie	15.05.-20.05.06 stationär Hirninfarkt	Pat. erlitt häuslichen Sturz und wurde beim AG stationär aufgenommen. Dieser stellte die Diagnose einer Oberschenkelhalsfraktur sowie die Indikation zur OP. Vor dem OP-Termin verstarb die Patientin jedoch am 20.05. nach klinischen Angaben an einer Sepsis.	Tod. Verzögerung Therapie?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Unterlassene Hilfeleistung/fahrlässige Tötung? Wäre die Patientin auch bei sofortiger Hilfeholung gestorben?	Wenn die todesursächlichen Kopfverletzungen vor 6.30 Uhr gesetzt worden sind und unterstellt man unverzüglich ärztliche Hilfe, so kann dennoch nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, daß das Leben hätte erhalten werden können. Ex post kann nicht geklärt werden, in welchem Umfang das SDH schon symptombildend geworden war vor dem Hintergrund einer eventuell noch bestehenden erheblichen Alkoholisierung. Eben deshalb muß auch eine u.U. zeitlich nicht unbeträchtliche Phase einer klinischen Orientierung und DD Abklärung in Erwägung gezogen werden, während derer sich die Symptomatik verschlechtern kann. Auch ist bei interventionspflichtigem SDH mit Restletalität im einstelligen Prozentbereich zu rechnen. Von entscheidender Bedeutung ist, dass zumindest nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit die Angaben des Beschuldigten widerlegt werden können, wonach die Pat. um 6.30 Uhr noch gelebt hat. Todeszeitpunkt nicht sicher bestimmbar. Es ist zumindest nicht unwahrscheinlich, dass der Tod in den Vormittagsstunden des gleichen Tages eingetreten ist.	KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, Zeugenaussagen, BAK-Berechnung, neuropathologische Zusatzuntersuchung und Histologie.
Behandlungsfehler? Hätte aufgrund der Marcumarisierung sofort ein CCT durchgeführt werden müssen? War das sichtbare Hämatom an der Schädelbasis alleine Indikation für CCT? Hätte Pat. fixiert werden müssen, da bekannt war, dass er immer wieder aufstand? Welcher Sturz kausal für Tod?	Ja, da Alter >60, Marcumar, Kopfschmerzen, Erbrechen, Hämatom vorlagen. Nein. Nein, da Pat. zeitlich und örtlich orientiert war, keine Bewusstlosigkeit vorlag und Pat. kommunikationsfähig war, d.h. ohne Zustimmung des Pat. war Fixierung nicht gerechtfertigt. Nicht sicher feststellbar, jedoch unwahrscheinlich, dass 2ter Sturz zu SDH führte.	Behandlungsfehler. Kausalität nicht behandelt. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatzuntersuchung, Histologie.
Behandlungsfehler? Hätten aufgrund der Verwirrtheit und Desorientiertheit Sicherungsmaßnahmen vorgenommen werden müssen? Wurde es unterlassen, den Elektrolytmangel zu therapieren? War dieser mit ursächlich für den Sturz?	Nein, Pat. war ab dem 25. zwar zeitweise verwirrt, unruhig und desorientiert, es lag jedoch keine Selbstgefährdung vor. Ziel der Reha ist die Mobilisierung, bis zum Sturzereignis war Patientin sicher bei Transfers. Nein, 130 mmol/l entspricht einem leichten Natriummangel, dieser ist kontroll-, aber nicht behandlungsbedürftig, die anderen Elektrolyte waren normwertig. Es ist denkbar, aber weder wahrscheinlich oder sogar beweisbar, daß die Verwirrtheit und Desorientiertheit der Pat. auf Natriummangel zurückzuführen war, da nicht beurteilt werden kann, ob Pat. vorher überhaupt Natriumwerte im Referenzbereich hatte.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? War die postoperative Überwachung unzureichend? Falsche Dosierung der Medis?	Nein, postoperative Überwachungsdauer von mehr als 20 min nach 5-minütigem Eingriff an der Hand bei bewusstseinsklarer und orientierter Patientin, die sich selbstständig anziehen konnte, geht an der Realität vorbei. Nein, Medikamente waren korrekt dosiert, Sturz am ehesten im Rahmen einer vasovagalen Synkope.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten.
Unterlassene Hilfeleistung? Hätte der Auffinder den möglicherweise lebensbedrohlichen Zustand der Patientin erkennen müssen? Hätte bei unverzüglicher Hilfe der Schaden für die Patientin abgewendet werden können?	Ja, da Pat. bewusstlos und nicht ansprechbar war. Dies ist auch für einen Laien als lebensbedrohlicher Zustand zu erkennen. Allerdings atmete (schnarchte) Patientin und der Zeuge kannte den C2-Abusus. Verständigung eines weiteren Bekannten zeigt Würdigung des kritischen Zustandes der Pat. Ob dieses Verhalten den rechtlichen Voraussetzungen einer unterlassenen Hilfeleistung entspricht, ist Gegenstand juristischer Beweiswürdigung. Nein, denkbar ist evtl. verringerte Wahrscheinlichkeit von Spätschäden, aber bei inhomogener Zunahme des SDH nicht mit der erforderlichen Sicherheit.	KH- und Ermittlungsakten, Zeugenvernehmung, BAK, körperliche Untersuchung im KH.
Behandlungsfehler? Ist es möglich, dass der letztendlich todesursächliche Hirninfarkt durch die nicht behandelte Schenkelhalsfraktur verursacht worden ist?	Todesursache nicht sicher feststellbar, der autopsisch festgestellte Hirninfarkt ist es jedoch nicht. Nein, vor dem Hintergrund des Lokalbefundes (keine größere Blutung im Frakturbereich, in Anbetracht der gravierenden Herzvorschädigung) kann nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit ein Kausalzusammenhang zwischen Oberschenkelhalsfraktur und dem Hirninfarkt nachgewiesen werden.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion. Zusatzgutachten

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-06-05	60	m	Staatsanwaltschaft München I	Neurochirurgie / Orthopädie	AG1: 05.02.-10.02.03 AG2: 10.02.-11.03.03 stationär Glioblastom °IV	Pat. erlitt einen Sturz auf den Hinterkopf (Arbeitsunfall) war kurzzeitig bewusstlos und wurde mit GCS 15 ins KH (AG1) eingeliefert. Dort wurde Diagnose: Commotio gestellt und der Pat. stationär behandelt, diagnostisch erfolgten Röntgen, CCT, MRT, am 10.02. erfolgte die Verlegung in anderes KH (AG2) zur konservativen Therapie bei persistierenden Parästhesien der Arme, Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen. Auch bei AG2 bestanden Beschwerden fort, Diagnostik (MRT, 2x Neuro-, Augenkonsil) unauffällig, Pat. wurde am 11.03. entlassen. Am 11.05. wurde der Pat. aufgrund neu aufgetretener Sprachstörungen in anderem KH aufgenommen, dort Diagnose eines Glioblastoms (4 cm Größe) und OP, einige Monate später verstarb der Patient.	Tod. AG1 + AG2: Fehldiagnose?
Re-06-06	36	m	Staatsanwaltschaft München I	Unfallchirurgie	AG1: 07.07.04 Notfallambulanz AG2: 11.-13.07.04 ambulant AG3: 13.07.04 Notfallambulanz SHT	Pat. bekam im Rahmen einer tätlichen Auseinandersetzung einen Schlag mit einer Flasche auf den Kopf und wurde bei AG1 eingeliefert. Die 4 cm lange Quetsch-Risswunde am Hinterkopf wurde versorgt, Pat. verweigerte bildgebende Diagnostik und wurde entlassen. Aufgrund von Fieber (bis 40°C), Kopfschmerzen und Schwellungen im Gesichtsbereich wurde der notärztliche Dienst am 11., 12. und 13.07. verständigt, an letztem Tag erfolgte die Einweisung zu AG3. Dort erfolgte körperliche Untersuchung sowie CCT, Pat. wurde bei unauffälligem Befund entlassen. Der Patient wurde am 14.07. tot aufgefunden.	Tod an septischem Schock. AG1: OP lege artis? AG2: medikamentöse Therapie? AG3: Fehldiagnose?
Re-06-07	84	w	Staatsanwaltschaft München I	Allgemeinmedizin	11.04., 14.04.06 ambulant (nicht erfolgt) SHT/SDH	Pat. stürzte im Altenheim am 11.04., erlitt eine Platzwunde und Hämatom am Hinterkopf, war bei Bewusstsein und konnte um Hilfe rufen. Die Pflegekräfte brachten die Pat. ins Bett und verständigten den Hausarzt (AG). Dieser nahm am selben Tag eine Untersuchung vor. Am 12. und 13. nahm das Hämatom an Größe zu, der AG konnte aus terminlichen Gründen nicht kommen und faxte die Medikamentenanordnung. Am 14.04. erfolgte der Besuch durch den AG, bei diesem stellte er den Tod der Pat. an Herz-Kreislaufversagen fest.	Tod an zentralem Regulationsversagen infolge SDH (divergierend zu Totenschein). Verzögerung Einweisung?
Re-06-08	56	m	Staatsanwaltschaft Traunstein	Innere Medizin	22.03.-02.04.06 stationär SHT/ICB	Pat. (bekannte Epilepsie, C2-Abusus) wurde bewusstlos an Treppenabsatz aufgefunden, Notarzt brachte Pat. zu AG mit GCS 7. CCT ergab Einblutungen beidseits im Stirn- und Schläfenbereich, rechts auch deutlich in den Scheitelbereich hineinreichend. Der Pat. war während des stationären Aufenthaltes somnolent, ab dem 30.03. komatös, er verstarb am 02.04.	Tod infolge intracerebraler Massenblutung. Diagnostik unvollständig?
Re-06-09	46	m	Staatsanwaltschaft München II	Neurologie	08.12.04-15.02.05 stationär Astrozytom °II	Der Patient litt an einem spinalen Astrozytom und befand sich nach Bestrahlung beim AG in stationärer Behandlung, wobei bereits eine inkomplette Querschnittslähmung 5. HWS vorlag. Am Abend des 13.02. trat Fieber bis 38,5 °C auf, trotz fiebersenkender Medikamente persistierte die Temperaturerhöhung, der Patient wurde in den frühen Morgenstunden des 15.02. tot aufgefunden.	Tod durch Pneumonie. Medikamentöse Therapie?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? (grob fahrlässige Tötung)? AG1: War die Diagnose "Commotio" gerechtfertigt? AG2: Erfolgte die Entlassung des Patienten zu früh? Hätte der AG den Patienten erneut begutachten müssen? Kann ein Gehirntumor durch einen Sturz verursacht werden bzw. kann das Vorliegen mit der nötigen Sicherheit nachgewiesen werden?	Generell: Von allen Gliomen ist das Glioblastom der aggressivste Tumor und es gehört zu den am schnellsten wachsenden Hirntumoren. Beschwerden eines Hirntumors sind nicht so sehr abhängig von der Art des Tumors, sondern vor allem von dessen Lokalisation. Nach den Leitlinien der DGN sind für den Nachweis eines Glioms bildgebende Verfahren wie CT oder MRT erforderlich. Da jedoch aus einzelnen Fallbeobachtungen bekannt ist, dass sich Glioblastome innerhalb weniger Wochen entwickeln können, spielt deren Früherkennung klinisch derzeit keine Rolle. Ob die Bildgebung auch im weiteren Verlauf ohne klinische Hinweise auf einen Hirntumor wiederholt werden sollte, ist derzeit ungewiss. Ja, da voll reversible Hirnfunktionsstörung ohne grobmorphologisch fassbare Organschäden vorlag und Voraussetzung initiale, max. 15 min Bewusstlosigkeit vorlag. Nein, Entlassung war, insbesondere bei Fehlen einer behandlungspflichtigen Symptomatik und bei zuvor erfolgten umfangreichen diagnostischen Maßnahmen, keineswegs zu früh. Nein, AG durfte von der extern gestellten Hauptdiagnose eines chronisch generalisierten muskuloskelettalen Schmerzsyndrom ausgehen. Nein, aus rechtsmedizinischer Sicht und nach Durchsicht der relevanten Weltliteratur besteht keinesfalls ein mit der erforderlichen Sicherheit nachweisbarer Zusammenhang zwischen dem Sturz und dem Auftreten eines Glioblastoms.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten (Hochberg et al. 1984, Magnavita et al. 2003, Moorthy und Rajshekhar 2004), (Annegers et. al. 1979, Nygren et al. 2001, Wrench et al. 2000, 2002), (Zülch und Meinel 1974 und Manuelidis 1978), (Moorthy und Rajshekhar 2004).
Behandlungsfehler? (Strafverfahren)	AG1: Die soweit dokumentierte Primärversorgung bietet keinen konkreten Hinweis auf ärztliches Fehlverhalten. Eine posttraumatische Infektion ist per se kein Hinweis auf eine fehlerhafte Durchführung der Wundversorgung. AG2: 11.07.: Anforderungsgrund war "Juckreiz nach Medikamenteneinnahme und Schlaflosigkeit", Pat. war neurologisch unauffällig, bei V.a. allergische Reaktion Gabe von Fenistiltropfen, dieses beschwerdeorientierte Vorgehen ist im KV-Notdienst angemessen. 12.07.: Wunde "als reizlos, jedoch geschwollen, nicht warm oder eitrig" beschrieben, T: 38°C, Risiken und Symptome erklärt, fiebersenkende Medis gegeben, da konkrete Diagnose fehlt, ist symptomatische Therapie nicht abschließend beurteilbar. 13.07.: KH-Einweisung aufgrund V.a. Commotio nicht zu beanstanden. AG3: Ausführliche Wundbeschreibung dokumentiert, allerdings inkongruent mit Obduktionsbefunden (phlegmonöse Entzündung der Kopfschwarte), Zusatzgutachten (Unfallchirurgie) bei möglichem klinischen Diagnosefehler angeregt.	Soweit fertig, kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Zeugenvernehmung, Protokolle des Gerichtsverfahrens, Leichenöffnung. Zusatzgutachten
Behandlungsfehler? Wäre eine unmittelbare notärztliche Versorgung nach dem Sturz indiziert gewesen? War diese Notwendigkeit ex ante erkennbar?	Nein, Pat. war klinisch und neurologisch unauffällig (keine Bewusstlosigkeit, kein Erbrechen) sowie keine kognitiven Einschränkungen, stationäre Aufnahme (bzw. notärztliche Untersuchung) und CCT nicht zwingend indiziert. Entfällt. Allerdings zeigte sich ab dem 13.04. abends eine AZ-Verschlechterung (erschwerter Atem, Inkontinenz), Pflegepersonal hätte unverzügliche KH-Einweisung vornehmen müssen. Es kann jedoch nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit bewiesen werden, dass die Pat. bei Einleitung einer ärztlichen Versorgung nach der Feststellung der Zustandsverschlechterung am 13.04. auch nicht zum selben Zeitpunkt verstorben wäre.	Pflegefehler. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? Hätte ein CCT durchgeführt werden müssen? Todesursache?	Ja, allerdings erfolgte am Aufnahmetag eine CCT sowie eine Kontroll-CCT am 27.03. Todesursache war eine intracerebrale Massenblutung, ob diese durch den Treppensturz verursacht wurde oder erst im KH auftrat, kann nicht festgestellt werden. Bei den vorliegenden, schwerwiegenden Hirnbefunden ist von einer Rettbarkeit, auch bei möglicher anderer Behandlung als der durchgeführten, nicht mit der im Strafprozess erforderlichen Sicherheit auszugehen.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Körperverletzung/fahrlässige Tötung durch Behandlungsfehler? Hätte die fieberhafte Entzündung vermieden werden können? Wurde adäquat auf diese reagiert?	Nein, bei der Art und Schwere der Grunderkrankung wäre die letztlich todesursächliche Lungenentzündung, die zwanglos auf die Immobilisation und die krankheitsbedingt erheblich beeinträchtigte Atemhilfsmuskulatur zurückgeführt werden kann, nicht mit der erforderlichen Sicherheit zu vermeiden gewesen. Ja, die getroffenen Anordnungen nach Auftreten der ersten Symptome (engmaschige Temperaturmessung, Gabe eines fiebersenkenden Medikamentes) nicht zu beanstanden.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, feingewebliche Zusatzuntersuchung des Gehirns.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-06-10	50	m	Staatsanwaltschaft München I	Neurologie	27.02.-15.03.06 stationär SHT/Apallisches Syndrom	Patient stürzte Anfang Januar von einer Rolltreppe und zog sich ein schweres Gehirntrauma sowie eine Hirnblutung zu. Der Patient war seither im Koma. Die Versorgung erfolgte in neurochirurgischer Klinik, am 27.02. Verlegung zum AG. Dort intensivmedizinische Betreuung bis zum 14.03., da Patient stabil und keine dauerhafte Beatmung mehr nötig war. Bei Kontrolle um 23.00 Uhr ergaben sich keine Auffälligkeiten, um 1.15 Uhr wurde Pat. tot aufgefunden.	Tod durch blutiges Ersticken. Medikamentöse Therapie?
Re-07-01	52	w	Staatsanwaltschaft Memmingen	Chirurgie / Anästhesie	AG1: 27.03.06 ambulant AG2: 24.-29.05.06 stationär Kieferfraktur	Die Patientin (seit Geburt 100% geistig behindert) stürzte ohne erkennbaren Grund und wurde von AG1 versorgt (Platzwunde am Kinn), Röntgenaufnahmen des Kiefers wurden nicht angefertigt. Aufgrund einer zunehmenden Schwellung am Kinn stellte sich die Patientin am 24.05. bei AG1 vor, dieser diagnostizierte eine Bruchspaltenosteomyelitis bei Kieferfraktur und stellte die OP-Indikation. Im Rahmen der Narkoseeinleitung verstarb die Patientin an akutem Linksherzversagen.	Tod an Linksherzversagen. AG1: Diagnostik unvollständig? AG2: OP lege artis?
Re-07-02	37	m	Staatsanwaltschaft München II	Innere Medizin	AG1: 13.04. u. 02.05.06 ambulant AG2+3: 03.05.06 stationär Meningitis	Patient hatte in der Kindheit keine Varizellen-Infektion durchgemacht. Am 12.04. erkrankte die Tochter daran, Konsultation von AG1 am Folgetag, eine Schnellimpfung wurde vom Pat. verweigert. Im weiteren Verlauf verschlechterte sich der AZ des Patienten, es bildeten sich Windpockenbläschen. Konsultation des AG1, dieser empfahl eine KH-Einweisung, welche vom Pat. abgelehnt wurde. Am Folgetag wurde Pat. per Notarzt zu AG2 gebracht, Verlegung aufgrund Isolation zu AG3. Trotz intensivmedizinischer Behandlung verstarb Pat. am selben Tag.	Tod an Streptokokken Toxic-Shock-Syndrom. AG1: Fehldiagnose? AG2: Versorgungsstufe? AG3: medikamentöse Therapie?
Re-07-03	55	m	Staatsanwaltschaft München I	Innere Medizin	25.-26.04.06 stationär Apoplex	Pat. (Z.n. Apoplex) wurde beim AG stationär aufgenommen, um eine hochgradige Stenose der A. carotis interna rechts zu stenten. Im Rahmen des interventionellen Eingriffs am Folgetag kam es zu einer Plaqueablösung und einem dadurch bedingten Mediateilinfarkt rechts. Die OP wurde mittels einer umgehenden locoregionären Lyse mit rTPA fortgesetzt, der Pat. anschließend in anderes KH mit Stroke-Unit verlegt, da AG eine solche nicht hat.	Sprachstörungen, zentrale Facialis-Parese, latente sensomotorische Hemiparese li. Operative Therapie?
Re-07-04	67	m	Staatsanwaltschaft München II	Allgemeinmedizin / Neurochirurgie	AG1: 12.10.06 ambulant AG2: 13.-14.10.06 Polytrauma/ICB	Pat. (Z.n. Herzinfarkt, marcumarisiert) erlitt als Motorradfahrer einen Verkehrsunfall. Pat. trug während des Unfallgeschehens einen Helm, keine Bewusstlosigkeit, wollte keinen Notarzt rufen und fuhr anschließend 7 km auf dem Motorrad nach Hause. Am Abend Aufsuchen des HA (AG1) aufgrund von linksseitigen thorakalen Schmerzen und Atembeschwerden. Kopfschmerzen wurden nicht angegeben. AG1 fertigte Röntgenaufnahmen an, diagnostizierte Rippenprellungen und schickte Pat. nach Hause. Am nächsten Morgen Verwirrtheit, KH-Aufnahme, CCT ergab ICB, OP erfolgte nicht. Pat. verstarb einige Tage später.	Tod infolge hypertensiver Massenblutung. AG1: Diagnostik unvollständig? AG2? Therapie unvollständig?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Todesursache? Hätte der Tod des Pat. verhindert werden können?	Pat. verstarb an Aspiration von Blut infolge einer diffusen Magenschleimhautblutung. Nein, Pat. war chronisch schwerstkrank und bettlägerig (schwerste und irreversible cerebrale Schädigung, Polyneuropathie, künstliche Ernährung über Magensonde, Harnableitung über Katheter, Tetraparese, "absoluter Pflegefall", nicht kontaktfähig etc.). Somit bestand bei ihm naturgemäß eine erhöhte Gefährdung für das Auftreten einer Gastritis, zusätzlich Einnahme vielfacher Medis. Die Gabe von Nexium war einwandfrei, ferner ist festzustellen, dass sich anhand der vorliegenden Laborwerte kein Anhalt für einen akuten Blutverlust oder eine Blutgerinnungsstörung an den Tagen vor dem Ableben ergibt. Magenschleimhautblutung war für die behandelnden Ärzte oder das Pflegepersonal nicht voraussehbar und ist somit auch nicht verhinderbar gewesen.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, feingewebliche Zusatzuntersuchung des Herzens.
Behandlungsfehler? Stellt es einen Behandlungsfehler dar, nach dem Sturz keine Röntgenaufnahmen des Kiefers anzufertigen? War dieser ggf. Fehler für den Tod verantwortlich? Wurde im Rahmen der OP ein Behandlungsfehler begangen, indem ein Beatmungsrohr fehlerhaft gesetzt wurde, und war dieser Fehler ggf. ursächlich für den Todeseintritt?	Nein, entbehrlich, wenn Testung auf Stabilität erfolgt, Hautverletzung alleine keine Indikation für Röntgen. Wundversorgung lege artis, der "Kieferbruch" war eine Abspaltung eines 5 mm großen Fragmentes, welches durch Stabilitätstest nicht festgestellt werden konnte. Auch bei Feststellung des Fragmentes, wäre Therapie erstmal Ruhigstellung gewesen. Keine Kausalität, auch wenn Todesursache unklar. Nein, zu tiefe Tubuslage wurde umgehend festgestellt und korrigiert. Eine ausschließliche Beatmung nur eines Lungenflügels führt nicht zum Todeseintritt. Dass sich im konkreten Fall die Fehlintonation begünstigend auf den Todeseintritt ausgewirkt haben kann (z.B. durch eine verringerte Kompensationsfähigkeit oder erhöhte Herzbelastung), kann nicht ausgeschlossen werden, ist aber nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit nachweisbar.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? Fehldiagnosen von AG1 und AG2? War die Verlegung von AG2 zu AG3 gerechtfertigt? Hätte Aciclovir gegeben werden müssen?	Nein, Varizelleninfektion wurde von AG1 und AG2 richtigerweise diagnostiziert, auch wenn Pat. im Nachhinein vermutlich an einer bakteriellen Superinfektion mit Streptokokken der Gruppe A verstarb. Ja, sogar zwingend indiziert aufgrund der Infektiosität und der erforderlichen Isolierung. Nein, Aciclovir nur wirksam gegen Varizellen, nicht gegen Streptokokken, weiterhin nur wirksam bis 24 h nach Ausbruch der Krankheit, außerdem lediglich Empfehlung, keine zwingende Indikation.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion. Zusatzgutachten
Behandlungsfehler? OP lege artis? War die Klinik zur Durchführung dieses Eingriffs geeignet (organisatorisch, apparativ, Ausbildungsstand der Ärzte)? Ergab sich bei der Verlegung eine relevante Zeitverzögerung?	Ja, Komplikation kann auch bei größtmöglicher Sorgfalt nicht sicher verhindert werden, nach Eintritt wurde zielgerichtet und richtig (locoregionäre Lyse) gehandelt. Geplanter Eingriff war der "Bayer. Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung" gemeldet, bezüglich der apparativen Ausstattung kann keine Aussage gemacht werden. Kein Hinweis auf organisatorische oder fachliche Mängel. Nein, Lyse mittels rTPA musste folgerichtig durchgeführt werden, Abbruch der OP und Verlegung vor Lyse hätte die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Schädigung beinhaltet, da die cerebrale Wiederbelebenszeit, d.h. die Zeit zwischen Eintritt eines Zirkulationsstillstandes bis zum Beginn irreversibler Gewebeschädigung unter Normothermie 3 (bis 5) Minuten beträgt.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? Kausalität Unfall-Tod? AG1: Hätte die Verdachtsdiagnose auf eine intracraniale Blutung gestellt werden müssen? Hätte eine KH-Einweisung oder ein CCT erfolgen müssen? AG2: Hätte eine OP durchgeführt werden müssen?	Nein, nicht ganz frische Massenblutung im Stammknotenbereich des Großhirns links, Beschaffenheit spricht am ehesten für eine hypertensive Massenblutung. Daher natürlicher Tod. Bei Obduktion keine Anhaltspunkte für Verletzungen (z.B. Hinweise für eine Wunde oder Einblutung in der Kopfschwarte). Insofern war ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen und dem Todeseintritt aus rechtsmedizinischer Sicht nicht gegeben. Außerdem Pat. schwer herzkrank. AG1: Nein, Pat. berichtete nicht über Sturz auf Kopf, gab keine Kopfschmerzen an, hatte keine Vergesslichkeit, Konzentrationsverlust, Sprachstörungen, Lähmungen oder psychische Veränderungen. Blutung trat daher erst sicher nach HA-Besuch auf. Nein, es war nur von Rippenprellung auszugehen, daher Entlassung nach Hause gerechtfertigt. AG2: Nein, bei krankheitsbedingten Hirnmassenblutungen werden Operationen nur in seltenen Ausnahmen durchgeführt.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-07-05	74	m	Staatsanwaltschaft Augsburg	Innere Medizin	27.04.-06.05.07 stationär SHT/SAB, ICB	Pat. wurde bei AG vom 25.03.-02.04.07 aufgrund eines Herzinfarktes stationär behandelt. Am 27.04. erlitt Pat. einen häuslichen Sturz, wurde auf dem Boden liegend bei kurzzeitiger Bewusstlosigkeit und Erbrechen aufgefunden und per Notarzt zum AG unter V.a. Reinfarkt eingeliefert. AG stellte Herzinfarkt nicht fest, jedoch Pneumonie mit septischem Kreislaufschock. AZ-Verschlechterung, künstliches Koma am selben Tag. Am 02.05. Pneumonie besser, Koma wurde ausgeleitet, Pat. wachte nicht richtig auf, CCT erfolgte und ergab: SAB, multiple Kontusionsblutungen, Einbruch in 4. Ventrikel, Kalottenfraktur rechts. Pat. verstarb 4 Tage später.	Tod durch Atemregulationsversagen infolge SAB, ICB. Diagnostik unzureichend?
Re-07-06	27	m	Staatsanwaltschaft Augsburg	HNO / Allgemeinmedizin / Neurochirurgie	AG1: 17.07. u. 19.07.07 ambulant AG2: 23.07.07 ambulant AG3: 24.07.-06.08.07 stationär SHT/SAB/Abszess	Pat. erlitt zu Beginn einesurlaubes in der Nacht vom 12. auf den 13.07. im Rahmen einer tätlichen Auseinandersetzung einen Schlag auf den Kopf, äußerliche Verletzungen waren nicht erkennbar, keine Bewusstlosigkeit, Pat. beendete den Urlaub wie geplant am 16.07. Bei Ohrschmerzen während Rückflug Konsultation von AG1 (HNO-Arzt) am 17. und 19.07., dieser stellte Diagnose Otitis media, bei Kopfschmerzen Konsultation von HA (AG2) am 23.07., am 24.07. Sturz bei Bewusstlosigkeit und per Notarzt KH-Aufnahme (AG3). Diagnose: SAB, am 01.08. MRT und Diagnose Hirnabszess mit Bezug zum Felsenbein, OP, Pat. verstarb 5 Tage später.	Tod an zentralem Regulationsversagen infolge Hirnabszess. AG1: Diagnostik unvollständig? AG2: Fehldiagnose? AG3: Verzögerung Diagnose?
Re-07-07	42	m	Staatsanwaltschaft München II	Notfallmedizin	08.07.06 Schutzgewahrsam SHT °III/ICB	Pat. stürzte am 07.07. gegen 21. 00 Uhr alkoholisiert (BAK 2,7 ‰) die Treppe hinunter und zog sich SHT zu. Per Notarzt Einlieferung ins KH, Pat. flüchtet aus Notaufnahme, bei Weggang wird Gangbild als schnell und sicher beschrieben. Gegen 0.00 Uhr Verständigung der Polizei, da Pat. nackt in Vorgärten randaliert, Pat. desorientiert, wird in Schutzgewahrsam genommen. Kontrollen erfolgen mehrfach, gegen 13.00 Uhr wird Reaktionlosigkeit beschrieben, KH-Einlieferung per Hubschrauber, Diagnosen: Schädelfraktur links occ., Kontusionsblutung re. frontal Aspiration, Not-OP, Pat. verstirbt 2 Tage später.	Tod an zentralem Regulationsversagen in Folge ICB und Aspiration. Versorgungsstufe?
Re-07-08	40	w	Staatsanwaltschaft Landshut	Neurochirurgie / Radiologie	19.08.05 Ambulanz Foramen Monroi- Zyste	Pat. litt seit ca. einem Jahr an Kopfschmerzen. HA veranlasste am 19.08.05 eine MRT-Untersuchung des Kopfes im KH (AG). Befund: Hydrocephalus ohne eindeutige Liquorzirkulationsstörung, Pat. erhielt Amitriptylin, wurde mit Hinweis auf notwendige neurologische Untersuchung und Wiedervorstellung in 2-3 Monaten zur MRT entlassen. 2 Tage später starke Kopfschmerzen, zweimaliges Erbrechen, Pat. wurde am Abend tot aufgefunden.	Tod an erhöhtem Hirndruck. Fehldiagnose?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Führt die Schädelverletzung zum Tod? Behandlung durch AG lege artis? Hätte die Schädelverletzung früher erkannt werden müssen? Hätte dadurch der Pat. überlebt/relevant länger gelebt?	Ja, Diagnose einer zentralen Atemlähmung infolge von Hirnblutungen widerspruchsfrei nachvollziehbar; die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit würde die morphologische Diagnostik im Rahmen einer Leichenöffnung erfordern. Ja, keine Anhaltspunkte für Behandlungsfehler: Bei Fehlen äußerlicher Verletzungen, klinischer Symptomatik (insbesondere Pupillen-, Lichtreaktion- und weitere Reflexe unauffällig) und Pat.-Vorgeschichte sind initiale Diagnosen Re-Infarkt und Sepsis (laborchemisch, radiologisch) plausibel nachvollziehbar. Nein, im Vordergrund stand Ausschluss Re-Infarkt, bei septischer AZ-Verschlechterung dann künstliches Koma. Nein, angesichts des radiologischen Befundes, das Ausmaß der Blutung wäre auch bei frühzeitigerer neurochirurgischer Intervention, so denn überhaupt möglich, ein letaler Ausgang zum gegebenen Zeitpunkt denkbar gewesen. Keinesfalls kann ein (längeres) Überleben als zweifelsfrei angesehen werden.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? Kausalität zwischen Schlag auf den Kopf und Ableben? Hätte die AG die Diagnose einer SAB früher stellen müssen? Waren deren Diagnosen gerechtfertigt? Hätte die OP früher erfolgen müssen? Dadurch Überleben/relevant verlängertes Leben möglich?	Nein, Vorfall hat, da kein relevantes, primäres Trauma beschrieben wurde und der weitere Verlauf diesbezüglich unauffällig war, höchstwahrscheinlich mit der weiteren Kausalkette keine Verbindung: Otitis media rechts – Mastoiditis – Durchbruch durchs Felsenbein in die Schädelhöhle – Hirnabszedierung – Hirnschwellung – Hernierung – Multiorganversagen. Nein, SAB ergab sich aus dem Sturz nach Synkope am 24.07., lag also bei Konsultation von AG1 und AG2 noch nicht vor. Ja, Ohrenschmerzen bei Flug nach Badeurlaub erlaubte Diagnose Otitis media, Trauma wurde den AG nicht berichtet, Antibiotikagabe lege artis. Nein, SAB war gering und nach 4 Tagen schon nicht mehr nachweisbar, nicht kausal für Tod, aber ex ante durften die Symptome des Pat. auf SAB zurückgeführt werden. Bei leerer Traumaanamnese und persistierender Klinik im weiteren Verlauf erfolgte richtigerweise weiterführende Diagnostik, die zu richtiger Diagnose und Therapie führten. Nein, Überleben keinesfalls als gesichert anzusehen, KH-Verlauf post-OP hätte auch bei früherer OP so verlaufen können.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, gerichtliche Leichenöffnung.
Unterlassene Hilfeleistung? Durfte der Pat. ohne ärztliche Untersuchung in Schutzgewahrsam genommen werden? Hätte der kritische Zustand des Patienten von einem Laien erkannt werden können? War die Überwachung ausreichend? Wäre Pat. rettbar gewesen?	Problematik: Symptomatik der Verletzung im Anfangsstadium gleich wie bei Alkoholrausch. Nein, zwar denkbar, dass 2,7 % zu solchen Veränderungen führt, aber erhebliche Auffälligkeiten (motorisch, psychisch) hätten ärztliche Prüfung der Haftfähigkeit mit Hinweis, welche individuellen Besonderheiten zu beachten sind, erfordert. Ja, wenn kontinuierliche Zunahme der Blutung und Hirnschwellung zugrunde gelegt wird, ist Bewusstlosigkeit in der ersten Hälfte der Überwachung eingetreten, dies stellt Zustand dar, bei dem für Laien die Notwendigkeit ärztlicher Hilfe erkennbar ist. Dies bedarf juristischer Würdigung, wie Kontrolle der Personen (wie intensiv Überwachung) zu erfolgen hat. Nein, spekulativ, da Zeitpunkt der AZ-Verschlechterung nicht bekannt ist, aber: Aspiration sicher vermeidbar, notwendige operative und intensivmedizinische Behandlung können per se tödliche Komplikationen nach sich ziehen, unabhängig vom relativen Zeitpunkt ihres Ergreifens.	KH- und Ermittlungsakten, Zeugenvernehmung, Obduktion, feingewebliche Zusatzuntersuchung der Lunge und Niere.
Behandlungsfehler? Waren die gestellten Diagnosen richtig? Hätte die Pat. stationär aufgenommen werden müssen? Hätten weitere diagnostische und therapeutische Untersuchungen erfolgen müssen?	Ja, Diagnose des Hydrocephalus richtig, Foramen Monroi-Zyste wurde nicht erkannt, konnte aber auch bei Nachbefundung in zusätzlichem radiologischen Gutachten nicht erkannt werden. Nein, aus dem erkennbaren Befund ergab sich keine Indikation zur stationären Aufnahme oder neurochirurgischen Intervention. Abgesehen von rez. Kopfschmerzen lag klinisch Normalbefund vor, gestützt durch die Tatsache, dass Pat. am Tag ihres Todes noch ihrer Berufstätigkeit bis mittags nachging. Ungeklärt, warum Hirndruck in den Folgestunden stark anstieg.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, chemisch-toxische Untersuchung, Blutzuckeruntersuchung, neuropathologische Zusatzuntersuchung, feingewebliche Untersuchung aller Organe. Radiologisches Zusatzgutachten

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-08-01	66	m	Staatsanwaltschaft München I	Notfallmedizin	12.12.06 auswärts/ Notfallambulanz SAB °IV	Pat. wurde im Hausflur liegend bewusstlos mit Erbrochenem und Hemiparese aufgefunden, Notarzt traf gegen 11.54 Uhr ein. Um 12.30 Uhr stand der Notarztwagen noch vor der Haustür, Aufnahme erfolgte im KH gegen 12.55 Uhr. Für 13.54 Uhr existiert ein Bronchoskopiebericht, für 14.04 Uhr ein CCT-Befund mit Diagnose "rupturiertes AcomA-Aneurysma, SAB °IV (Fischer) und Hämatocephalus internus. Am Folgetag erfolgte Clipping des Aneurysmas, Pat. war komatös, verstarb einige Wochen später.	Tod. Verzögerung Einweisung?
Re-08-02	71	w	Staatsanwaltschaft München I	Chirurgie	13.02.-15.02.07 stationär Kleinhirnmassenblutung	Pat. (BHD, Z.n. TIA, marcumarisiert) unterzog sich am 13.02. einer Laminektomie L3/4 beim AG aufgrund langjähriger Lumbalgien. OP verlief komplikationslos. Am 15.02. wurde Pat. tot im Bett aufgefunden.	Tod infolge Kleinhirnmassenblutung. OP ok?
Re-08-03	79	w	Staatsanwaltschaft München I	Rehabilitation	04.12.07-26.01.08 stationär SHT °III/SDH	Pat. erlitt am 14.11. im Rahmen eines Verkehrsunfalles ein Polytrauma, schweres SHT °III mit SAB und SDH und wurde ins KH eingeliefert. Am 04.12. erfolgte Verlegung in Früh-Reha (AG) bei Aphasie und hirnorganischem Psychosyndrom. Am 25.01. stürzte Pat. vom Stuhl, am Folgetag Bewusstseinsstörungen und Erbrechen. CCT: SDH mit Mittellinienshift. Pat. verstarb.	Tod an Hirndruck infolge frischem, traumatischem SDH. Versorgungsstufe?
Re-08-04	42	m	Staatsanwaltschaft Passau	Allgemein- medizin/ Zahnheilkunde	AG1: 13./14.11.07 AG2: 29.11.07 ambulant / telefonisch ICB	Pat. war am 13. und 14. 11. in zahnärztlicher Behandlung (AG1) und bekam aufgrund einer akuten Entzündung des Oberkiefers Clindamycin 600 mg verschrieben. Aufgrund einer AZ-Verschlechterung führte HA (AG2) eine Blutuntersuchung durch mit Ergebnis: Thrombozyten 5000. AG2 erreichte Pat. telefonisch, wollte erneute Blutabnahme, da er von Fehlmessung ausging, Pat. konnte jedoch mangels Fahrgelegenheit nicht kommen, Termin wurde verschoben. Pat. stürzte am 29.11. abends und wurde ins KH eingeliefert, dort Diagnose einer massiven Hirnblutung aufgrund verminderter Blutgerinnung, der Pat. verstarb am Folgetag.	Tod an zentralem Regulationsversagen infolge rhektischer Massenblutung. Ag1: medikamentöse Therapie? AG2: Therapie unvollständig?
Re-09-01	49	m	Staatsanwaltschaft München II	Neurologie	21.01.-27.01.08 stationär Meningoencephalomyeloneuritis	Pat. wurde beim AG mit hohem Fieber, Orientierungs- und Sprachfindungsstörungen stationär aufgenommen. Es bestanden keine fokal neurologischen Defizite, Neuroradiologie und Liquoruntersuchung unauffällig. Aufgrund der schweren Symptomatik wurde dennoch Encephalitis angenommen, Antibiotika- und Antiviraltherapie eingeleitet. Am 22.01. trat schwere Pneumonie auf, Verlegung auf Intensivstation. Am 27.01. Verlegung in anderes KH, da Pat. trotz Absetzen der sedierenden Medikation komatös blieb. Dort alle Liquoruntersuchungen negativ, am 28.01. diffuse Encephalomyelitis im cMRT. Pat. verstarb am 02.03.08.	Tod. Therapie unvollständig?
Re-09-02	29	w	Staatsanwaltschaft München I	Innere Medizin/ Neurologie	30.12.08-04.01.09 Notfallambulanz/ stationär Encephalitis	Pat. (HIV im Stadium AIDS) stellte sich am 30.01.08 beim AG aufgrund von seit zwei Wochen bestehender, progredienter Kopfschmerzen vor. Klinisch und laboratorisch (inclusive Malaria) unauffällige Befunde, Pat. wurde unter Diagnose parainfektöse Cephalgie bei beginnendem grippalem Infekt nach Hause entlassen. WV am 01.01.09, aggravierte Symptomatik, stationäre Aufnahme, intensivmedizinische Betreuung, Pat. verstarb 3 Tage später.	Tod an lymphozytärer Encephalitis (Trypanosomiasis). Verzögerung Einweisung?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Ergab sich eine relevante Zeitverzögerung in der Erstbehandlung durch den Notarzt? Hätte eine andere Klinik angefahren werden müssen? Wurde die notwendige Behandlung durch eine Bronchoskopie unnötig verzögert?	Nein, im Gegenteil, Notarzt handelte Richtlinien gerecht und bei derart schwerem Krankheitsbild ist eine halbe Stunde Behandlungszeit als zügig anzusehen. Nein, im Notarztprotokoll ist vermerkt: lange Bettsuche, dies ist Aufgabe der Leitstelle, Zeitverzögerung vertretbar, bei Auslastung anderer Kliniken war KH-Wahl vertretbar. Nein, da Pat. erbrochen hatte und schlechte Sättigungswerte aufwies, war unmittelbare Bronchoskopie indiziert lt. Richtlinien (ACLS, ATLS, Schockraummanagement, Leitlinien der Fachgesellschaften), Sicherung der Atemfunktion hat höhere Priorität als CCT-Diagnostik.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? War OP indiziert? Wurde OP lege artis durchgeführt? Kausalität OP-Tod? Medikation lege artis?	Ja, OP war indiziert, da langjährige Lumbalgie mit progressiver Verschlechterung in den letzten Monaten vorlag und radiologisch eine Lumbalkanalstenose nachgewiesen wurde. Aufklärung und präoperative Diagnostik nicht zu beanstanden. Ja, OP-Protokoll zeigt keine Auffälligkeiten und postoperative MRT unauffällig. Nein, durch Obduktionsbefund nicht ersichtlich. Häufigste Ursache einer spontanen ICB sind Blutdruckspitzen bei BHD. Nein, Dosierung der Antikoagulation erscheint etwas niedrig, jedoch verstarb Pat. nicht an Embolie, sondern an ICB.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? Hätte der KH-Sturz vermieden werden können? Hätte das SDH früher erkannt werden können (durch frühere CCT)?	Nein, Pat. war bereits mittels Rollator mobil, hatte Aufbaustraining absolviert. Nein, neurologische Symptomatik (schwallartiges Erbrechen, Pupillenreaktion) ist erst für 0.45 Uhr dokumentiert, unmittelbar darauf erfolgte CCT. Die Kontrollen vorher waren regelmäßig, engmaschig, ohne Auffälligkeiten. Ein Sturz alleine ohne Symptomatik rechtfertigt nicht zwingend weitere Diagnostik, insbesondere da Pat. bereits 2-mal gestürzt war ohne gesundheitliche Konsequenzen.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler/fahrlässige Tötung? War die Antibiotikagabe durch AG1 indiziert? Ursache der Hirnmassenblutung? Hätte AG2 ein notarztähnliches Vorgehen veranlassen müssen? Hätte dadurch Tod/Massenblutung verhindert werden können?	Ja, Therapie war ex ante indiziert. Ursache: die rhektische Massenblutung mit Ausgang von der Putamen-Clastrum-Region ist nicht Folge einer Gerinnungsstörung, kann jedoch durch letztere in Ausmaß und Geschwindigkeit der Blutungsausbreitung erhöht sein. Die gegenständliche Blutung lässt jedoch keine Kriterien erkennen, die belegbar nur auf einen Einfluss der Thrombozytopenie zurückzuführen wären. Dies bedeutet, dass die Clindamycin-induzierte Thrombozytopenie für den Tod keine eigenständige Bedeutung mehr hat. Überholende Kausalität. Nicht beantwortet. Nein, siehe oben.	Behandlungsfehler? Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatzuntersuchung.
Behandlungsfehler? Hat der AG die richtige Diagnose gestellt? Behandlung lege artis? Hätte das Auftreten der Pneumonie verhindert werden können?	Ja, Biopsie erbrachte später nekrotisierende Encephalitis unklarer Genese. Ja, bei negativem Erregernachweis trotz Testung eines breiten Spektrums (CMV, VZV, HSV, Mumps, Masern, Chlamydien, Legionellen, Mykoplasmen, Toxoplasmose, FSME, EBV) ist das Nicht-Ansprechen der antibiotischen und antiviralen Therapie als schicksalhaft anzusehen. Nein, autopsisch bestand Pneumonie bereits länger.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, feingewebliche Zusatzuntersuchung des Gehirns, Herz, Leber, Lunge, Trachea.
Behandlungsfehler, Körperverschletzung? Hätte die Pat. am 30.12. stationär aufgenommen werden müssen? Hätten weitere diagnostische/therapeutische Maßnahmen erfolgen müssen? Hätte bei WV eine Lumbalpunktion erfolgen müssen? Kausalität?	Nein, klinisch und laborchemisch keine Auffälligkeiten, anamnestisch wurde kein Auslandsaufenthalt angegeben. Zu diskutieren, ob bei WV nach Angabe eines Auslandsaufenthaltes (Mozambique) eine Trypanosomeninfektion in Erwägung zu ziehen war, allerdings erscheint Parasitämie zu diesem Zeitpunkt unwahrscheinlich, da Erregernachweis bereits am 30.12. im Blutaustich aufgefallen wäre. Erregernachweis auch bei Hirnbiopsie nicht möglich. Nein, Punktion bei Hirnvolumenvermehrung aufgrund der Gefahr einer tentoriellen Einklemmung nicht mehr indiziert. Nein, da Therapie selbst mit letalen Komplikationen behaftet ist, ist auch adäquate Therapie nicht mit Sicherheit erfolgreich.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, pathologische und forensische Obduktion, neuropathologische Untersuchung, feingewebliche Zusatzuntersuchung des Gehirns, Herz, Leber, Lunge, Trachea.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-09-03	72	m	Staatsanwaltschaft München I	Innere Medizin	08.08.-18.08.09 stationär Kleinhirnblutung	Pat. (VHF, KHK, marcumarisiert) erlitt häuslichen Sturz mit anschließenden Sprach- und Gangstörungen und wurde per Notarzt beim AG eingeliefert. CCT ergab eine massive Kleinhirnblutung mit Ventrikeleinbruch und Hirnstammkompression. Nach zweimaliger Rücksprache mit den Angehörigen wurde ein konservativ-palliatives Vorgehen gewählt, der Pat. verstarb am 18.08.	Tod durch Hirnstammkompression infolge Kleinhirnblutung. Therapie unvollständig?
Re-09-04	52	m	Staatsanwaltschaft Traunstein	Notfallmedizin	18. und 19.10.09 auswärts SHT, EDH, ICB	Pat. stürzte im Treppenhaus, wurde von Anwohnern bewusstlos und mit Nasenbluten aufgefunden und mittels kaltem Wasser geweckt. Am nächsten Morgen wurde er vor seiner Zimmertür, regelmäßig atmend aber nicht ansprechbar vom Nachbar vorgefunden, der AG ging davon aus, dass der Pat. seinen Rausch ausschliefe. Als der Pat. vom AG um 18.00 Uhr unverändert aufgefunden wurde, erfolgte Notarztalarmierung, KH, Diagnose: EDH, SAB, SDH (nicht raumfordernd) sowie Kontusionblutungen, Pat. verstarb im weiteren Verlauf.	Tod an zentralem Regulationsversagen infolge ICB. Verzögerung Einweisung?
Re-09-05	63	m	Staatsanwaltschaft München I	Innere Medizin	08.06.-11.06.09 stationär Alkoholentzug, SHT, SDH	Pat. (C2-Abusus) wurde beim AG aufgrund seit 4 Tagen persistierenden Brechdurchfällen stationär aufgenommen. Während der Behandlung beim AG erfolgte kein Alkoholkonsum. Im Laufe des 09.06. entwickelte sich trotz Medikation ein Entzugsdelir, Pat. wurde auf Intensivstation verlegt. Nach Absetzen der Sedierung am 10.06. war Pat. nicht erweckbar, CCT ergab SAB, SDH, ICB mit ML-Shift. Infauste Prognose, Therapieeinstellung, Pat. verstarb am 11.06.	Tod an zentralem Regulationsversagen infolge SDH. Fehldiagnose?
Re-09-06	53	m	Staatsanwaltschaft Traunstein	Notfallmedizin	07.10.09 auswärts SHT, SDH	Pat. (C2-Abusus) stürzte nach häuslicher Auseinandersetzung, bei der er alkoholisiert auf dem Balkon ausgesperrt wurde, von einer Leiter und wurde von Nachbarn bewusstlos aufgefunden. Diese teilten dies den Angehörigen um 21. 00 Uhr mit, der Notarzt wurde von den Angehörigen jedoch erst um 21.47 informiert. GCS 3, infauste Prognose.	Tod durch schweres SHT. Verzögerung Einweisung?
Re-09-07	91	w	Staatsanwaltschaft Traunstein / Amtsgericht Rosenheim	Innere Medizin	16.05.-20.05.08 stationär SHT, SAB/SDH	Pat. wurde an Rollator gehend von PKW erfasst, und beim AG eingeliefert. Es wurde SAB und SDH festgestellt, Pat. am 20.05. entlassen. Bei AZ-Verschlechterung wurde Pat. am Folgetag erneut aufgenommen, verstarb einige Wochen später.	Tod durch Pneumonie. Versorgungsstufe?
Re-09-08	71	m	Staatsanwaltschaft München I	Unfallchirurgie	23.05.- 01.06.09 stationär SHT °I, SDH	Pat. (C2-Abusus) erlitt am 22.05. alkoholisiert einen häuslichen Sturz, Einlieferung am Folgetag beim AG. CCT ergab bilaterales SDH unter Kalottenbreite, Verbringung auf Intensiv, CCT am Folgetag ohne Zunahme der Blutung, Beginn Entzugsdelir, am 27.05. Verlegung auf Normalstation, am 01.06. tot im Bett aufgefunden.	Tod durch Pneumonie. Therapie unvollständig?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Waren die durch den AG durchgeführten Maßnahmen indiziert? Hätten weitere Maßnahmen, insbesondere eine chirurgische Intervention durchgeführt werden müssen?	Ja, Notfalllabor ergab INR von 4,8, generell sind bei VHF Werte um 2,5 anzustreben. Pat. erlitt atraumatische Spontanblutung. Bei Ventrikeleinbruch liegt 30-Tage-Mortalität bei 43%. Laut DGN ist bei Auftreten einer ICB die orale Antikoagulation sofort zu beenden und entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Diese antagonisierende Therapie wurde durch AG mittels Vitamin K und PPSB umgehend eingeleitet, weiter wurden Blutdruckwerte konstant gehalten und Hirndruck mittels Mannitolinfusionen 20% und Überdruckbeatmung gesenkt. Nein, nach zweifacher Rücksprache mit Angehörigen (diese waren gegen invasive Therapie) wurde darauf verzichtet, laut gängiger Literatur gilt eine Überlegenheit der chirurgischen Behandlung gegenüber einem konservativen Prozedere nicht als erwiesen.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Unterlassene Hilfeleistung? Hätte Pat. bei umgehender sachgerechter Behandlung gerettet werden können? War der kritische Gesundheitszustand des Pat. für Laien erkennbar?	Nein, SDH, EDH, SAB nicht wesentlich raumfordernd, d.h. neurochirurgische Intervention nicht indiziert. Hirnkontusionen haben erst im Verlauf zugenommen und sind in der Regel einer operativen Therapie nicht zugänglich, bzw. mit schlechter Prognose behaftet. D.h. sofortige ärztliche Hilfe hätte in konservativer (Medis, Beatmung) Therapie bestanden sowie ggf. einer Craniektomie. Diese können letalen Ausgang nicht sicher verhindern, schweres SHT hat Letalität von 50-100%, viele Einflussfaktoren. Nein, Pat. war nach Erwecken am 18.10. in der Lage, Treppen zu steigen. Zu diesem Zeitpunkt nicht, Differenzierung zwischen SHT und Alkoholintoxikation auch für Fachmann schwer, und ohne zusätzliche radiologische und klinisch-chemische Untersuchung nicht möglich. Fehlinterpretation durch AG denkbar.	Nicht quantifizierbare Überlebenschance bestand, allerdings kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass Pat. nicht zum selben Zeitpunkt bei sofortiger Hilfe verstorben wäre. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? War die Diagnose "Entzugsdelir" gerechtfertigt? Hätte das CCT früher erfolgen müssen? War die "infauste Prognose" gerechtfertigt?	Ja, Symptome (unruhig, desorientiert, Sprachstörungen) können durch die festgestellte Gehirnblutung und/oder das Alkoholentzugsdelir verursacht werden, eine eindeutige kausale Zuordnung lässt sich alleine anhand der Klinik nicht treffen. Da keine äußeren Verletzungen vorlagen war Diagnose in Verbindung mit medizinischer Krankengeschichte des Pat. gerechtfertigt. Nein, Initialdiagnose machte dies nicht erforderlich, bei Therapieresistenz wurde zeitnah eine CCT-Untersuchung durchgeführt. Ja, Gehirnblutung war inoperabel, keine Interventionsmöglichkeiten gegeben.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Unterlassene Hilfeleistung? Hätte der Patient mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt, wenn sofort um 21.00 Uhr der Notarzt benachrichtigt worden wäre? Tod nur durch Sturz oder auch durch niedrige Außentemperaturen?	Nein, Pat. hatte Leberzirrhose und wurde bei Eintreffen des Notarztes mit GCS 3, BAK 2,5 ‰ aufgefunden. CCT ergab SDH, ML-Shift von 15 mm, transtentorielle Einklemmung. Aufgrund der Schwere der Befunde, sowie der mitgeteilten klinischen Befunde und Laborwerte, kann keinesfalls mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass Pat. bei 45 min früherer Hilfe überlebt/signifikant länger gelebt hätte. Nein, Todesbegünstigung durch Leberzirrhose, nicht Temperatur.	KH- und Ermittlungsakten, gerichtliche Leichenöffnung.
Behandlungsfehler? Ist durch interimsmäßige Entlassung die Kausalkette Unfall-Tod durchbrochen worden, bzw. besteht Mitursächlichkeit durch Entlassung am Tod?	Nein, CCT vom 21.05. ergibt gegenüber CCT vom 19.05. keine sign. Veränderungen der SAB und SDH sowie der intracerebral-contusioneller Einblutungen. Das Hygrom war ohne Größenveränderung. Es lag kein Hinweis für ein aktuelles Druckproblem intracraniell vor. D.h., dass aufgrund der bildgebend-morphologischen Befunde sich in der in Rede stehenden Phase am Gehirn und seinen Häuten keine Veränderungen gezeigt haben, aufgrund derer beweisbar eine eventuelle traumainduzierte Zustandsveränderung begründet werden könnte.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologische Zusatzuntersuchung, Verhandlungsunterlagen.
Behandlungsfehler? Hätte eine OP durchgeführt werden müssen?	Nein, keine OP-Indikation, da Blutung nicht raumfordernd (unter Kalottenbreite), Neurologie grob unauffällig war. Beweis für richtige Entscheidung: Blutung hatte auch am Folgetag nicht zugenommen, Versorgung auf Intensiv und Neuro-Konsil ausreichend. Darüber hinaus verstarb Pat. an Pneumonie.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, neuropathologisches Zusatzgutachten.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-09-09	60	m	Staatsanwaltschaft Passau	Chirurgie/ Anästhesie	29.04.-06.05.08 stationär SHT/ICB	Pat. (BHD, Diabetes, ASS, Marcumar, Z.n. HI '96) war beim AG stationär und es sollte eine Zehenamputation bei Gangrän am 05.05. vorgenommen werden. Antikoagulation wurde nicht abgesetzt. Bei Lagerung auf OP-Tisch fiel Pat. von OP-Tisch, OP wurde nicht vorgenommen, Pat. wurde in Aufwachraum gebracht. Konventionelle Röntgenaufnahmen (ganzer Körper) erbrachten Humerus-Trümmerfraktur, Intensivstation, 4,5 h später trat Monokelhämatom auf, am nächsten Morgen um 6.30 Uhr Vigilanzminderung, CCT ergab ausgedehnte ICB (7 cm parieto-occipital, 15 mm ML-Shift), Verlegung in Neurochirurgie, anderes KH.	Sprachstörungen, Halbseitenparese. Operative Therapie?
Re-09-10	91	m	Staatsanwaltschaft Memmingen	Unfall- chirurgie	19.06.-25.06.08 stationär SHT	Pat. (pflegebedürftig, Z.n. Hirnstamminsult, Tetraparese, künstl. Ernährung) wurde im Rollstuhl aus Unachtsamkeit losgelassen, bei abschüssigem Gelände Beschleunigung und Sturz mit Rollstuhl einige Treppen hinab. Einlieferung bei AG, Diagnosen: R-Q-Wunde, Nasenbein- und Orbitafraktur, akuter Mediainfarkt ohne frische Blutung im CCT. Am selben Tag Gespräch mit Angehörigen, keine intensivmedizinische Betreuung, keine Reanimation. Pat. verstarb 5 Tage später.	Tod durch Erstickten an frischem Blut. Therapie unvollständig?
Re-09-11	83	m	Staatsanwaltschaft München II	Innere Medizin / Radiologie	27.04.-10.05.07 stationär SHT, ICB	Pat. (Marcumar bei Mediainfarkt 2003 motorische Aphasie) stürzte von einer Leiter, wurde beim AG eingeliefert. Konventionelles Röntgen ohne Frakturnachweis, stationäre Aufnahme wegen Marcumar. AZ-Verschlechterung ab 28.04. morgens, am Abend KH-Sturz, CCT: ICB.	Tod an SHT/EDH infolge Herzinfarkt. Therapie unvollständig?
Re-09-12	69	m	Kriminal- polizeiinspektion / Staatsanwaltschaft München II	Neurologie	23. und 24.12.08 stationär Aneurysma AcomPo re./SAB	Aneurysma wurde im Zuge einer Okulomotoriusparese 2008 diagnostiziert, stationärer Aufenthalt bei AG zur Abklärung. Angio erfolgte, Pat. sollte sich Anfang Januar in Neurochirurgie vorstellen, zur elektiven OP-Abklärung. Am 01.01.09 wurde Patient tot aufgefunden.	Tod infolge SAB bei Aneurysmaruptur. Verzögerung Therapie?
Re-09-13	81	w	Staatsanwaltschaft München II	Unfall- chirurgie / Neuro- chirurgie	AG1: 02./03.06.08 AG2: 03.06.08 stationär SHT/SDH	Pat. (VHF, Marcumar) erlitt Sturz beim Spazierengehen, wurde bei AG1 eingeliefert. Diagnose von Schürfwunden im Gesicht, Pat. war nicht bewusstlos, orientiert, CCT erfolgte nicht. Um 0.45 Uhr KH Sturz, klinisch unauffällig, konventionelles Röntgen unauffällig, Pat. bei Kontrolle um 03.15 Uhr unauffällig, um 7 Uhr somnolent, CCT: SDH, ML-Shift 1, 5 cm, Verlegung zu AG2, dort intraoperativer Tod an Luftembolie.	Tod durchLuftembolie. AG1: Verzögerung Diagnostik? AG2: OP lege artis?
Re-10-01	24	m	Staatsanwaltschaft München II	Neuro- chirurgie	24. u. 25.10.09 auswärts SHT/EDH	Trinkgelage mit Freunden, Patient stürzte auf den Kopf, es war ein "hässliches Geräusch" vernehmbar, Freunde brachten den nicht mehr Ansprechbaren (bewusstlos?/betrunken?) mittels Schubkarre nach Hause, den Angehörigen wurde lediglich der Alkoholkonsum mitgeteilt, der Patient wurde am folgenden Tag tot im Bett aufgefunden.	Tod infolge SHT mit Epiduralblutung. Verzögerung Einweisung?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler/fahrlässige Körperverletzung? Hätte der Pat. bei Umlagerung auf OP-Tisch stürzen dürfen? Hätte eine sofortige neurologische Untersuchung durchgeführt werden müssen? Hätte sofort ein CCT erfolgen müssen? Kausalität?	Nicht beantwortet, vermutlich nein nach Tenor des Gutachtens. Ja, in solchem Fall klinische Untersuchung, insbesondere bezüglich neurolog. Symptomen vorrangig vor technischen Untersuchungen. Body-check ist nicht dokumentiert, allerdings lagen bei Pat. zeitweise Desorientiertheit, spastische Hemiparese und Sprachstörungen vor, weswegen Befunderhebung erschwert ist. Vermerkt ist, dass Bewusstlosigkeit nicht vorlag und keine Schmerzen angegeben wurden. Nein, bei GCS 15 gibt es New-Orleans-Kriterien, Canadian-CT-Head-Rule, und The-CHIP-Prediction-Rule. Nur nach letzterer sind für vorliegenden Fall Anhaltspunkte für CCT gegeben, Monokelhämatom bei Frakturen, diese waren durch konventionelle RX ausgeschlossen. Bei Auftreten der Symptome am nächsten Tag sofort CCT. Ärztl. Vorgehen daher noch vertretbar. Nein, Sprachstörungen und spast. Hemiparese lagen bereits vor Sturz vor. Ein früheres Erkennen der Blutung hätte keine nennenswerte therapeutische Konsequenz gehabt, da aufgrund der medikamentösen Therapie und der Grunderkrankungen ein operativer Eingriff nicht ohne weiteres möglich gewesen wäre. Außerdem wäre die Blutung höchstwahrscheinlich in den CCT-Aufnahmen unmittelbar nach dem Sturz noch nicht zu sehen gewesen. Lokalisation für OP schwierig, Pat. ist Hochrisikopatient, auch in Neurochirurgie wurde keine OP durchgeführt.	Ja und Nein. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? Hätten andere/weitere medizinische Maßnahmen durchgeführt werden müssen?	Nein, eine Verhinderbarkeit dieses Vorganges, z.B. durch Nasentamponaden, theoretisch zu diskutieren, eine klare Indikation wäre sowohl aufgrund der schwersten krankheitsbedingten Vorschädigungen als auch der daraus resultierenden, insgesamt schlechten Prognose keinesfalls vorhanden gewesen. D.h. dokumentierte Zurückhaltung hinsichtlich weiterer therapeutischer Maßnahmen, Verzicht auf eine Beatmung bzw. Intubation und ggf. Reanimationsmaßnahmen ist aus ärztlicher Sicht nicht nur absolut nachvollziehbar sondern geradezu zwingend. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch AG eher als ausgedehnt und aufwendig zu werten.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? War die Behandlung nach dem ersten Sturz lege artis? Kausalität?	Nein, da nicht adäquat auf die seit dem Morgen des 28.04. progrediente Symptomatik (Verwirrtheit, Desorientiertheit, Inkontinenz) reagiert wurde. Bei DD-Erwägung und angezeigter Überwachung hätte KH-Sturz verhindert werden können. Außerdem Fehler, da im Röntgen Fraktur des Os parietale und Os frontale übersehen wurden. Nein, Pat. verstarb an Herzinfarkt bei Thrombosierung der rechten Herzkranzarterie, nicht an Sturz und den Folgen.	Behandlungsfehler. Kausalität verneint. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, Zeugenaussagen.
Behandlungsfehler? Hätte Aneurysma sofort operiert werden müssen?	Nein, Aneurysma war fusiform, 2 x 1 cm messend, eine Intervention möglich. Aber weder klinisch noch bildgebend-morphologisch Anhalt für stattgehabte Blutung, Not-OP nur bei rupturierten Aneurysmata indiziert. Zeitlicher Rahmen zum therapeutischen Vorgehen nicht zu beanstanden. Prinzipiell besteht bei Aneurysma immer Rupturgefahr, war jedoch im konkreten Fall nicht vorhersehbar.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Behandlungsfehler? Hätte das CCT früher erfolgen müssen? OP lege artis?	Nein, Pat. war nach erstem und zweitem Sturz jeweils nicht bewusstlos, zeigte keine neurologische Symptomatik, Überwachung war adäquat. KH-Sturz durch Stolpern bei Hose-Anziehen, nicht aufgrund neurolog. Symptomatik. Ja, Notfall OP, es wurde ein Einriss einer Brückenvene mit Beteiligung Sinus sag. sup. festgestellt, Luftembolie nicht sicher vermeidbar. Nicht sicher feststellbar, welcher Sturz zu SDH führte.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Unterlassene Hilfeleistung? Hätte der Patient bei rechtzeitigem Hinzuziehen eines Arztes überlebt?	Durch Angehörige ist eine Überlebenszeit von mindestens 11h belegt, dies spricht für Rettbarkeit bei sofortiger ärztlicher Intervention. Sofortige und ununterbrochene Bewusstlosigkeit spricht für schlechte Prognose, Contre-Coups mit Hirnödemen sind neurochirurgisch eingeschränkt beherrschbar. D.h.: Patient hätte bei sofortiger ärztlicher Behandlung die gegenständliche Verletzung wahrscheinlich überlebt bzw. höchstwahrscheinlich zumindest relevant länger gelebt. Mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit lässt sich dies aber aufgrund der Intensität der vorliegenden direkten Hirnverletzungen (Hirnrindenprellungen, Coup/Contre-Coup) und der sofortigen, ununterbrochenen Bewusstlosigkeit nicht belegen.	Nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, Blutalkoholbestimmung, Zeugenvernehmung.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-10-02	20	w	Staatsanwaltschaft München I	HNO	09.12.-10.12.09 stationär chron. Sinusitis	Pat. wurde vom AG aufgrund chronischer Atmungsbeschwerden und Sinusitiden einer Nasenscheidewandplastik unterzogen. Es traten postoperative Schmerzen auf, Metamizol wurde gegeben, nach Panzytopenie am 10.12. Verlegung in anderes KH, dort verstarb die Pat. 2 Tage später.	Tod durch septisches Multiorganversagen (Lungenherd). Medikamentöse Therapie?
Re-10-03	14	w	Staatsanwaltschaft Landshut	Notfall- medizin	17.07.09 Heim hypoxischer Hirnschaden	Pat. unternahm im Heim unter freiheitsentziehenden Maßnahmen Suizidversuch durch atypisches Erhängen. Zeitpunkt des Suizidversuchs ist nicht bekannt, zwischen 17.10 Uhr und 18.00 Uhr. Um 18 Uhr wurde die Patientin bewusstlos in der Bettschlinge aufgefunden, der Notarzt informiert. Ersthelfer nahmen Patientin aus Schlinge, legten sie aufs Bett, mittels Ohrfeigen Weckversuche, CRP wurde nicht durchgeführt. Notarzt traf um 18.10 Uhr ein, stellte Asystolie fest, primäre Reanimationsdurchführung erfolgreich. Aufgrund hypoxischem Hirnschaden besteht Wachkoma.	Apallisches Syndrom. Verzögerung Therapie?
Re-10-04	69	w	Staatsanwaltschaft München II	Allgemein- medizin	mehrfach 2009 ambulant Hirnmassenblutung	Pat. war beim AG (HA) seit mehreren Jahren in ambulanter Behandlung aufgrund Unter- und Überfunktion der Schilddrüse. Sie erhielt L-Thyroxin 100 mg, am 30.09. nach Laborwerten Carbimazol 10 mg. Letzter Kontakt am 03.11. zu Blutkontrollen, am 30.11. wurde Patientin zu Hause tot aufgefunden.	Tod. Medikamentöse Therapie?
Re-10-05	69	m	Staatsanwaltschaft München II	Chirurgie	08.12.-16.12.08 stationär Kniegelenks- empyem / Meningitis	Pat. bei AG stationär am 08.12. zur Knie-TEP bei Gonarthrose aufgenommen, keine OP da VHF, Verschlechterung des AZ, Verlegung am 16.12. in Neurologie, Diagnose "Kniegelenksempyem, Meningitis".	Tod durch septisches Multiorganversagen. Operative Therapie?
Re-10-06	79	m	Staatsanwaltschaft Deggendorf	Neuro- chirurgie	08.05.-23.05.08 stationär Kleinhirnblutung	Behandlung des Pat. durch AG aufgrund Kleinhirnblutung, anschließend Reha, Rückverlegung am 08.05. aufgrund Sekretion aus Kopfwunde (V.a. Liquorfistel), Intensiv angemeldet. Betreuung auf Normalstation (nur lokale Wundheilungsstörung), am 10.05. Reanimation, darauf Diagnose "ausgeprägte Ischämiezonen frontal/occipital), am 23.05. Verlegung auf Intensiv, Pat. starb ohne Bewusstsein wieder erlangt zu haben.	Tod durch Pneumonie. Versorgungsstufe?
Re-10-07	63	w	Staatsanwaltschaft Traunstein	Unfall- chirurgie	AG1: 19.-26.05.09 AG2: 26.-29.05.09 stationär SHT mit SAB	Nach suizidalem Sturz wurde Patientin mit Polytrauma (SHT,SAB, Schädelbasisfraktur) bei AG1 eingeliefert, Gesichtsschädelfrakturen und -wunden wurden operativ versorgt. CCT-Untersuchungen ergaben keine Größenzunahme der SAB, Verlegung nach 4 Tagen in stabilem Zustand zu AG2. Dort unauffälliger Verlauf, am 3. Tag Patientin bewusstlos aufgefunden, CCT: ACI-Aneurysma-Ruptur.	Tod durch malignes Hirnödem. AG1: Versorgungsstufe? AG2: Therapie unvollständig?
Re-10-08	69	m	Staatsanwaltschaft Traunstein	Unfall- chirurgie	25.11.-13.12.09 stationär Polytrauma	Pat. (Non-Hodgkin-Lymphom, Osteoporose) erlitt häuslichen Sturz, Polytrauma, SAB. AG nahm lediglich Röntgenuntersuchung vor, später erfolgte CCT aufgrund Somnolenz bei Infektzeichen. SAB und SDH sehr gering, AG sah keinen Handlungsbedarf. Pat. verstarb am 13.12.	Tod durch Aspirationspneumonie. Verzögerung Diagnostik?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? Kausalität Fehler-Tod? Falls nicht, Kausalität Fehler/fahrlässige Körperverletzung? War die Gabe von Novalgin indiziert?	Nein, kein Behandlungsfehler, sowohl ex ante als auch ex post kann nicht gesagt werden, dass Novalgin aufgrund der sehr seltenen Nebenwirkung einer Panzytopenie kontraindiziert gewesen wäre.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion.
Körperverletzung/unterlassene Hilfeleistung? Hätten unmittelbar nach Auffinden begonnene Reanimationsmaßnahmen das Auftreten der irreparablen Hirnschädigungen verhindern können?	"Nein, Verschluss der Halsschlagadern als auch der Wirbelsäulenschlagadern: Die hierfür erforderlichen Kräfte werden in der Literatur in aller Regel mit Werten von 50 bis 70 N für die Halsschlagadern und bis zu 180 N für die Wirbelsäulenschlagadern beschrieben. Dies ist bei unterstelltem normalen KG der Pat. gegeben. Ab 3 min kann es zu irreversiblen Hirnschäden kommen, ab 5 min ist sicher vom Auftreten irreversibler Hirnschäden auszugehen. Ein Herzstillstand erfordert > 5 min Sauerstoffmangel, da Stammhirnschädigung (mit Regulationszentren) erforderlich ist.	Es kann nicht mit der im Strafrecht notwendigen Sicherheit belegt werden, dass es nicht zu vergleichbaren Schäden gekommen wäre, wenn sofort bei Auffindung Reanimationsmaßnahmen ergriffen worden wären. KH- und Ermittlungsakten.
Behandlungsfehler? Ist die Hirnmassenblutung durch die vom HA verschriebenen Medikamente verursacht bzw. begünstigt worden?	Nein, Medikamentengabe anhand von Laborwerten indiziert und nachvollziehbar, generell ist bei beiden Medikamenten die Komplikation einer Hirnmassenblutung nicht bekannt. Ein Kausalzusammenhang zwischen den Gaben der Medikamente und dem Auftreten des Schlaganfalles lässt sich nicht mit der im Strafprozess erforderlichen Sicherheit belegen.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, toxikologische Untersuchung, Blutalkoholbestimmung.
Behandlungsfehler? Ist eine ggf. erfolgte Kniegelenkspunktion ursächlich für das aufgetretene Kniegelenksempyem und die Meningitis?	Nein. Beim Pat. lag eine schwerste chronische entzündliche Veränderung des Kniegelenkes vor, die immer wieder zu Ergussbildungen führte. Dies ist eine abakterielle und damit nicht eitrige Entzündung im Kniegelenksspalt, allerdings prädisponiert der Kniegelenkserguss selbst für die Möglichkeit einer bakteriellen Kontamination eines solchen Ergusses, wobei es keinerlei gravierender äußerer Einflüsse bedarf um Kontamination zu verursachen. Trotz kunstgerechter Desinfektionsmaßnahmen verbleibt ein Restrisiko für Verschleppung von Bakterien eines Kniegelenksergusses. Behandlungsfehler vorstellbar, jedoch keinesfalls beweisbar und nach Dokumentation unwahrscheinlich.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion. Zusätzliche Stellungnahme
Behandlungsfehler? Erforderte der Zustand des Pat. eine intensivmedizinische Betreuung? War die Überwachung des Pat. ausreichend?	Nein, regelmäßige Überwachung der Vitalparameter ausreichend, i.S. "intermediate care". Nein, Verlegung (Sekret) der Trachealkanüle ursächlich für Reanimation. Eine kontinuierliche Messung des Sauerstoffgehaltes des Blutes mit automatischer Alarmfunktion hätte nach Maßgabe jeder Wahrscheinlichkeit den Vorfall verhindern können. Sauerstoffsättigungswerte von 75% und 62% sowie Ergebnisse der Bronchoskopie hätten eine regelmäßige Absaugung und Überwachung erforderlich gemacht (nicht nur 2x/d), dadurch Herz-Kreislaufstillstand und hypoxischer Hirnschaden ohne Zweifel verhinderbar.	Behandlungsfehler. Kausalität bezüglich Hirnschädigung gegeben, bezüglich Tod nicht zu beantworten. KH- und Ermittlungsakten (Obduktion).
Behandlungsfehler? Durfte die Patientin von AG1 entlassen werden? Hätte die Patientin durch AG2 anders behandelt werden müssen?	Ja, aus Unterlagen ergeben sich keine Hinweise, die gegen eine Entlassung der Pat. 4 Tage postoperative gesprochen haben. Operative Maßnahmen bezüglich SAB waren nicht erforderlich, da keine neurologischen Auffälligkeiten vorlagen. Nein, Pat. in stabilem Zustand, engmaschige Überwachung war nicht erforderlich. Ruptur eines ACI-Aneurysmas führte zu komatösem Zustand, sofortige CCT und Verlegung in Neurochirurgie lege artis.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, feingewebliche Zusatzuntersuchung.
Behandlungsfehler? Wäre eine frühere CCT-Untersuchung notwendig gewesen? Hätte dadurch der Tod des Patienten vermieden bzw. nicht unerheblich hinausgezögert werden können?	Nein, Pat. zeigte keine neurologischen Auffälligkeiten und keine äußeren Schädelverletzungen. Als Symptomatik eintrat, wurde umgehend CCT durchgeführt. Obduktion ergab lediglich feinen Hämatomsaum, d.h. überwiegende Absorption, keine Hinweise auf Hirnstammeinklemmung, daher hätte früheres CCT keine therapeutische Konsequenz gehabt. Nein.	Kein Kunstfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, feingewebliche Zusatzuntersuchung.

Kennung	Alter	Geschl.	Antragsteller	Fachgebiet	Behandlungsdaten	Fallbeschreibung u. Kernproblematik	Gesundheitsschaden
Re-10-09	39	m	Staatsanwaltschaft Augsburg	Neurochirurgie	28.08.-31.08.08 stationär offenes SHT	Arbeitsunfall, offenes SHT, Polytrauma. Nach Verlegung auf Normalstation erheblicher Flüssigkeitsverlust bei starkem Urinverlust bei Hypophysenschaden. Daher Anlage eines ZVK, dabei Reanimationspflichtigkeit, Tod an malignem Hirnödem.	Tod durch malignes Hirnödem. Versorgungsstufe?
Re-10-10	81	m	Staatsanwaltschaft Traunstein	Unfallchirurgie	15.01.-10.02.10 stationär subakutes SDH	Pat. (VHF, Marcumar, Diabetes) stürzte, pertrochantäre Femurfraktur, Versorgung durch AG. Marcumar-Absetzung, OP am 18.01., Marcumarbeginn am 28.01., überschießende Wirkung, INR 5,37. Am 01.02. cerebraler Krampfanfall, CCT: chronisches SDH mit frischer Komponente, OP am Folgetag. Pat. verstarb am 10.02.	Tod. Fehldiagnose?

Gutachtensauftrag u. zentrale Fragestellung	Hauptkriterien der gutachterlichen Beurteilung	Ergebnis / Begründung
Behandlungsfehler? War die Applikation des Venenkatheters vermeidbar? Erfolgte die Verlegung auf Normalstation zu früh?	Ja, mangelhafte Therapie und Überwachung, daher lebensbedrohliche Exsikkose und Hyperkaliämie, ZVK-Anlage indiziert. Ursprüngliche Hirnverletzungen derart ausgeprägt, dass malignes Hirnödem jederzeit hätte auftreten können. Letztlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass Herz-Kreislaufstillstand mit zum Hirnödem beigetragen hat. Bei adäquater Therapie wäre Kreislaufstillstand nicht aufgetreten. Nicht auszuschließen, dass Pat. bei adäquater Therapie auch zu späterem Zeitpunkt verstorben wäre. Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Tod bleibt bestehen.	Grober Behandlungsfehler. Kausalität unklar? KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, feingewebliche Zusatzuntersuchung.
Behandlungsfehler? Hätte der AG die Hirnblutung erkennen müssen? Hätte der Tod des Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermieden oder nicht nur unwesentlich hinausgeschoben werden können?	Nein, keine Symptomatik für Hirndruck, auch keine äußerlichen Verletzungen am Kopf. Chronische Subduralhämatome zeigen langsame Entwicklung, nicht sicher, dass durch CCT erkennbar gewesen wäre. Überschießende Wirkung von Marcumar nicht vorhersehbar, nicht abzugrenzen, welcher Anteil des SDH durch Sturz verursacht wurde.	Kein Behandlungsfehler. KH- und Ermittlungsakten, Obduktion, feingewebliche Zusatzuntersuchung.

Anhang III

Eidesstattliche Versicherung

Grupp, Ulrich

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema:

„Ärztliche Behandlung und Behandlungsfehler bei neurocraniellen Befundkomplexen

—

Vergleich der Befunde und Ergebnisse zwischen der
Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer
und dem

Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und
alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche
kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln
nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in
ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades
eingereicht wurde.

München, 14.06.2017

Ulrich Grupp

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand